

RHUMATISME ARTICULAIRE

ET

TUBERCULOSE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 13 Juillet 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Paul-Joseph-Émile ALISON

INTERNE DES HÔPITAUX

Né à Blémerey (M.-et-M.), le 10 Novembre 1882.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. BERNHEIM	professeur...	}	Président.
		HAUSHALTER	professeur...		Juges.
		SPILLMANN	agréé.....		
		HOCHÉ	agréé.....		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1909

RHUMATISME ARTICULAIRE

ET

TUBERCULOSE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 13 Juillet 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE

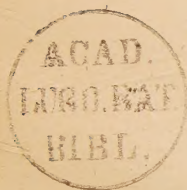
Docteur en Médecine

PAR

Paul-Joseph-Émile ALISON

INTERNE DES HÔPITAUX

Né à Blémerey (M.-et-M.), le 10 Novembre 1882.



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

{	MM. BERNHEIM	professeur...	} <i>Président.</i>	
	HAUSHALTER	professeur...		} <i>Juges.</i>
	SPILLMANN	agrégé.....		
	HOCHÉ	agrégé.....		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

A. CREPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

(Passage du Casino)

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS, O *, I ☼.

Assesseur : M. BERNHEIM, *, I ☼.

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, *, I ☼, NICOLAS, I ☼, PRENANT, I ☼.

Professeurs.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM *, I ☼.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, O *, I ☼.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER *, I ☼.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I ☼.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS *, I ☼.
Chimie médicale et toxicologie.....	M. GARNIER, I ☼.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I ☼.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT *, I ☼.
Hygiène.....	M. MACÉ, I ☼.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT, I ☼.
Anatomie descriptive.....	M. ANCEL, A ☼.
Physiologie.....	M. MEYER, I ☼.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I ☼.
Histologie.....	M. BOUIN, I ☼.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, I ☼.
Clinique ophtalmologique.....	M. ROHMER, I ☼.
Médecine légale.....	M. PARISOT, I ☼.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, I ☼.

Professeurs-adjoints.

Clinique d'électrothérapie (1).....	M. GUILLOZ, I ☼.
Pathologie externe.....	M. VAUTRIN, I ☼.

Chargés de Cours complémentaires.

Clinique des maladies des vieillards...	M. ETIENNE, I ☼, agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. L. SPILLMANN, A ☼, agrégé.
Accouchements.....	M. SCHUHL, I ☼, agrégé libre.
Clinique d'orthopédie (1).....	M. FROELICH, I ☼, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)...	M. JACQUES, I ☼, agrégé libre.
Clinique des voies urinaires (1).....	M. ANDRÉ, I ☼, agrégé libre.
Anatomie pathologique.....	M. HOCHÉ, I ☼, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. PARIS, A ☼.

Agrégés en exercice

MM. LAMBERT, I ☼.	MM. RICHON, A ☼.	MM. DUFOUR, A ☼.
L. SPILLMANN, A ☼.	G. GROSS, A ☼.	SENCERT, A ☼.
MICHEL, A ☼.	FRUHINSHOLZ, A ☼.	ROBERT, A ☼.
HOCHÉ, I ☼.	COLLIN, A ☼.	

Agrégés libres

MM. REMY, A ☼, FÉVRIER, *, I ☼, ETIENNE, I ☼,
ZILGIEN, A ☼, FROELICH I ☼, SCHUHL, I ☼, JACQUES, I ☼, ANDRÉ, I ☼.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, *, (M), I ☼, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les réprouver.

A MON ONCLE

MONSIEUR L'INTENDANT THOUVENEL

DIRECTEUR DE L'INTENDANCE DU GOUVERNEMENT MILITAIRE DE LYON
ET DE LA 14^e RÉGION

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

En témoignage d'affection et de reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Au cours de ma troisième année d'internat, mon attention a souvent été attirée par la constatation fréquente de tuberculoses guéries chez des malades entrés à l'hôpital pour une tout autre cause. M. le Professeur Bernheim faisait alors remarquer que ces stigmates physiques de tuberculose n'étaient que le reliquat d'une ancienne maladie arrivée à guérison sur laquelle pouvait, sans relation de cause à effet, s'être greffée une autre maladie, et qu'il convenait, dans le plus grand nombre des cas, de ne pas attribuer à ces tuberculoses guéries un rôle étiologique dans l'origine des maladies nouvelles pouvant coexister avec ces signes physiques persistants. Si le fait de trouver de la tuberculose guérie en concomitance avec une autre maladie permettait de conclure à l'étiologie tuberculeuse de cette maladie, on trouverait à tort qu'un grand nombre de maladies sont d'origine tuberculeuse : il y aurait des chloroses tuberculeuses, des artério-scléroses tuberculeuses, des maladies de Parkinson tuberculeuses, des

rhumatismes tuberculeux, etc., etc. ; bref, la plupart des maladies pourraient être dites d'origine tuberculeuse.

Je me suis alors demandé si cette fréquence de la tuberculose guérie n'avait pas induit en erreur certains cliniciens et si, en particulier, l'hypothèse du rhumatisme tuberculeux était suffisamment justifiée par le fait de la constatation fréquente chez les rhumatisants de tuberculoses guéries.

J'ai été ainsi conduit à rechercher si, comme on peut le penser, la constatation fréquente de la concomitance de la tuberculose guérie et du rhumatisme n'est qu'une simple coïncidence, comme cela paraît être le cas pour d'autres maladies, ou bien si, à l'inverse de ce qui est admis pour les autres maladies, le rhumatisme doit, dans les cas envisagés, reconnaître pour cause les tuberculoses guéries.

Pour résoudre cette question, j'ai recherché tout d'abord les opinions des auteurs qui se sont occupés des rapports de la tuberculose et du rhumatisme ; ce point fait l'objet du chapitre premier « Historique » du présent travail.

J'ai recueilli ensuite des observations cliniques personnelles portant sur un grand nombre de malades, me réservant de poursuivre plus tard, s'il y a lieu, l'étude de la question par les moyens de laboratoire.

L'étude clinique est en effet, de l'avis de M. le Professeur Poncet lui-même, la chose capitale, essentielle, elle doit permettre d'arriver au diagnostic, de conclure ou non à l'étiologie tuberculeuse du rhumatisme et ceci à l'exclusion et parfois même à l'encontre des résultats obtenus par les procédés d'expérimentation et de laboratoire.

Les 359 malades que j'ai eu l'occasion d'examiner peuvent être divisés en trois catégories :

La première catégorie comprend tous les rhumatisants entrés au service de M. le Professeur Bernheim pendant un laps de temps de six mois. Pour chacun d'eux, j'ai recherché si l'on pouvait admettre la tuberculose à l'origine de leur rhumatisme. Puis, dans une étude d'ensemble, j'ai examiné quelle était chez eux la proportion de tuberculeux guéris.

La deuxième catégorie comprend tous les malades entrés au service de M. le Professeur Bernheim pendant un laps de temps de six mois pour une affection quelconque, rhumatisme et tuberculose évolutive exceptés. Dans une étude d'ensemble, j'ai établi quelle était parmi eux la proportion de tuberculeux guéris. J'ai appuyé cette statistique clinique des tuberculeux guéris par une autre statistique, faite à la table d'autopsie, et dans laquelle j'ai recherché, chez les sujets morts d'affections autres que le rhumatisme et la tuberculose évolutive, combien étaient porteurs de tuberculoses guéries, fibreuses ou crétacées.

J'ai alors rapproché la proportion des tuberculeux guéris chez les rhumatisants de la proportion des tuberculeux guéris chez les autres malades ; cette dernière confirmée par les résultats des autopsies. Si les deux proportions sont semblables il devra être permis, semble-t-il, de conclure que la tuberculose guérie se trouvant chez les rhumatisants comme chez les autres malades et n'y étant pas plus fréquente, il n'y a pas plus de raison d'admettre qu'elle est à l'origine du rhumatisme qu'à l'origine des autres maladies.

La troisième catégorie de malades dont j'ai eu à m'occuper comprend tous les tuberculeux évolutifs

entrés au service de M. le Professeur Bernheim pendant le même laps de temps de six mois. J'ai recherché chez eux les manifestations articulaires. C'est en quelque sorte la contre-épreuve clinique des conclusions résultant de l'étude des deux premières catégories de malades dont il est question plus haut.

Si, d'une part, de l'étude de ces deux premières catégories, il résulte qu'aucun des cas de rhumatismes envisagés ne relève de l'étiologie tuberculeuse, et si, d'autre part, de l'étude des malades de la troisième catégorie, il résulte que les tuberculoses en évolution, tuberculoses qui sécrètent des toxines abondamment et qui devraient, selon la théorie de Poncet, produire du rhumatisme tuberculeux, ne font pas à proprement parler de rhumatisme, il sera sans doute permis de conclure que l'existence du rhumatisme tuberculeux est loin d'être prouvée.

Avant d'aborder mon sujet, je ne veux pas manquer, suivant un usage auquel il m'est agréable de me conformer, d'exprimer ici aux maîtres vénérés qui ont bien voulu me témoigner quelque intérêt et me guider dans l'étude si complexe de la science et de la pratique médicales, l'hommage respectueux de ma reconnaissance.

Après avoir suivi, en première et en seconde années, les travaux pratiques de MM. Nicolas, Ancel, Prenant, Bouin, Meyer, Lambert et Garnier, j'ai débuté comme externe dans le service de M. le Professeur Parisot, dont tout le monde a pu apprécier la sûreté de diagnostic dans la pathologie si difficile des vieillards.

Passé ensuite dans le service de M. le professeur Weiss, j'ai appris de ce maître éminent les principes de chirurgie d'urgence que je possède et me suis efforcé à

profiter pour le mieux des leçons pratiques que son habileté professionnelle et les discussions si claires et si consciencieuses de toute indication opératoire mettaient à la portée de ses élèves.

Pendant toute l'année suivante, j'ai été attaché au service de M. le Professeur Spillmann, qui, par sa haute bienveillance et l'intérêt éclairé qu'il porte à ses élèves, sait si bien retenir leur affection respectueuse et envers lequel j'ai contracté une dette de reconnaissance toute spéciale, dont je suis heureux de m'acquitter ici.

En quatrième année, externe bénévole dans le service de M. le Professeur Herrgott, j'ai pu admirer les spirituelles causeries de ce maître distingué, en même temps que j'ai pu faire mon profit des consultations obstétricales si instructives de M. le Professeur agrégé Fruhinsholz.

Cette même année, j'ai eu l'avantage de pouvoir suivre comme stagiaire les cliniques de M. le Professeur Rohmer, de M. le Professeur Haushalter, de M. le Professeur agrégé Étienne.

Pendant ma première année d'internat, attaché à un grand service de chirurgie, je me suis efforcé, en compagnie d'un excellent ami, le docteur Alfred Hanns, de profiter des exemples qu'il nous était permis de trouver dans les nombreux cas cliniques qui passaient chaque jour sous nos yeux.

Ma deuxième année d'internat s'est écoulée dans le service des enfants avec M. le Professeur Haushalter, dont la franchise, la bienveillance affectueuse, les examens cliniques si éclairés et si consciencieux, et les diagnostics si clairs et si justes sont si hautement appréciés.

Enfin, ma troisième année d'internat se passe actuellement dans le service de l'éminent Professeur M. Bernheim, dont la grande expérience clinique est si hautement appréciée, même à l'étranger, et qui, par ses idées originales et si logiquement déduites, sait intéresser à un si haut degré et en quelque sorte tenir sous le charme chaque jour, pendant trois heures consécutives, tous ceux qui ont la faveur de lui être attachés.

Je n'ai garde d'oublier les autres maîtres de la Faculté que j'ai pu rencontrer dans les différentes cliniques, M. le Professeur agrégé Louis Spillmann, M. le Professeur agrégé Richon, M. le Professeur agrégé Hoche, M. le Professeur agrégé Robert, M. le Professeur agrégé Collin.

Que tous ces maîtres soient assurés de ma profonde gratitude, de mon profond respect et qu'ils veuillent bien me conserver un peu de la sympathie que peuvent mériter les sept années pendant lesquelles je me suis efforcé de profiter de leurs leçons, de leurs conseils et de leurs exemples.

Quant aux amis et camarades avec qui j'ai vécu ces années de labeur et de jeunesse, qu'ils soient assurés de mon meilleur souvenir et de mon entier dévouement.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La coexistence de la tuberculose et du rhumatisme a été remarquée depuis longtemps; les monographies anciennes, ainsi que divers traités classiques en font mention.

En 1845, Bonnet, dans son *Traité des Maladies des articulations*, signale la coexistence fréquente dans la même famille de manifestations tuberculeuses et de rhumatisme chronique. « Lorsqu'une famille entière habite une maison humide, dit-il, les enfants et les jeunes gens y deviennent sujets aux abcès froids et aux fongosités; les personnes âgées contractent des douleurs qui ont tous les caractères de celles que nous décrivons en ce moment. » Mais il n'en conclut pas que le rhumatisme chronique est d'origine tuberculeuse. Il laisse entendre seulement que la même cause : habitation humide et insalubre, donne lieu à l'éclosion, chez les enfants, d'affections scrofuleuses, et chez les adultes, d'affections rhumatismales chroniques.

En 1853, Charcot, dans sa thèse inaugurale à Paris, signale de son côté la tuberculose pulmonaire comme complication terminale fréquente dans le rhumatisme chronique.

En 1864 le même auteur, dans ses leçons cliniques sur les maladies des vieillards, fait remarquer de nouveau la coexistence du rhumatisme chronique et de la tuberculose et depuis c'est une opinion généralement admise que le rhumatisme chronique déformant survient assez fréquemment chez les débilités et les scrofuleux, mais les auteurs n'admettent pas que ce rhumatisme déformant soit dû à l'influence du bacille de Koch lui-même.

En 1860, Fuller signale aussi la coexistence des deux états pathologiques mais ne conclut pas de là que l'un est la conséquence de l'autre.

Trousseau considère lui aussi que chez les rhumatisants la phtisie est une complication terminale due à l'immobilité et à l'état forcément sédentaire auxquels ils sont condamnés ; mais il ne pense pas que cette affection intercurrente soit la cause d'un rhumatisme qui a commencé longtemps auparavant. A ce sujet, l'éminent clinicien de l'Hôtel-Dieu de Paris, cite dans ses Cliniques l'observation d'un vannier qui, depuis plusieurs années, souffrait de rhumatisme noueux et qui est mort après avoir présenté les symptômes d'une phtisie pulmonaire qu'il considère comme un accident terminal.

Grancher et Hutinel expriment la même opinion dans le Dictionnaire de médecine de Dechambre à l'article « Phtisie ».

En 1902 le Docteur Pouly, dans la thèse qu'il a présentée à la Faculté de Lyon, constate, comme Bonnet en 1845, que si l'on rencontre la coexistence, chez le

même malade, des deux états pathologiques, rhumatisme chronique et tuberculose, c'est la même cause qui a produit ces deux états et que cette cause est souvent le séjour dans les lieux humides et malsains.

Mais jusqu'en 1896, aucun clinicien ayant remarqué la coexistence des deux affections ne s'était cru autorisé à conclure de la coïncidence à la causalité, c'est-à-dire *post hoc propter hoc*.

C'est à cette époque que M. le professeur Poncet émit l'opinion qu'il soutient depuis, que le rhumatisme, non seulement chronique mais aussi aigu et subaigu, est le plus souvent d'origine tuberculeuse.

L'étiologie du rhumatisme tuberculeux pour l'éminent chirurgien de Lyon est une tuberculose locale à évolution torpide. Un individu résistant est porteur en un point quelconque de son organisme d'une lésion tuberculeuse atténuée au point même de n'être pas soupçonnée ; de ce foyer tuberculeux latent partent des toxines qui se répandent au loin dans l'organisme par la voie vasculaire et déterminent du rhumatisme tuberculeux sous la forme aiguë, subaiguë ou chronique.

Les lésions anatomo-pathologiques produites par ces toxines n'ont pas l'aspect de celles de la tuberculose spécifique. On ne trouve en effet dans les articulations ni tubercules, ni cellules géantes, on y rencontre seulement des lésions d'inflammation banale ; ce sont ces lésions que M. le professeur Poncet appelle la tuberculose inflammatoire. Celle-ci pouvant d'après lui se révéler sous les types les plus divers, « depuis l'arthralgie fugace, intermittente, continue, jusqu'à l'arthrite confirmée, tantôt sèche, plastique, ankylosante, tantôt séreuse, parfois purulente et avec exsudat de qualité, de quantité variables jusqu'à la polyarthrite aiguë, chronique,

noueuse, déformante, etc..., en passant par des étapes, par des associations anatomiques variées, suivant la résistance du terrain le degré de la virulence, etc... » (Poncet, 1^{er} août 1903). — Il n'y a pourtant dans tous ces cas que des lésions exclusivement inflammatoires qui ne se distinguent pas de celles engendrées par d'autres infections, et en fait ce n'est pas dans l'anatomie pathologique qu'on peut trouver la preuve de l'existence d'un rhumatisme tuberculeux.

La symptomatologie du rhumatisme dit tuberculeux ne présente non plus aucun caractère spécifique, ni aucun caractère pathognomonique. On ne trouve dans cette affection que des symptômes identiques à ceux qu'on rencontre dans les rhumatismes non tuberculeux. Par exemple dans le rhumatisme tuberculeux aigu, on constate comme dans la polyarthrite aiguë, type Bouillaud, une température élevée, des sueurs abondantes, et, au niveau des jointures, du gonflement, de la rougeur, de la douleur et même le caractère fugace et erratique des diverses déterminations articulaires ; les complications cardiaques y sont aussi fréquentes.

On constate de même, en ce qui concerne le rhumatisme nouveau dit tuberculeux, qu'il n'a pas non plus de symptômes propres, et qu'il ne se différencie pas, de par la symptomatologie, du rhumatisme nouveau ordinaire.

Dans ces conditions, le diagnostic du rhumatisme dit tuberculeux est difficile à établir. Pour y arriver, M. le professeur Poncet recherche seulement s'il y a coexistence de la tuberculose avec le rhumatisme et dès qu'il trouve une lésion tuberculeuse, même non évolutive, si d'ailleurs le sujet lui paraît indemne de toute autre maladie infectieuse bien déterminée, il conclut que le rhumatisme est tuberculeux.

Si la recherche clinique reste négative il fait appel aux expériences de laboratoire, à la séro-réaction tuberculeuse, un foyer tuberculeux latent pouvant, d'après lui, sécréter des toxines qui donnent le rhumatisme tuberculeux. Si même la séro-réaction reste négative, il n'est pas encore permis, dit-il, d'éliminer le diagnostic de rhumatisme tuberculeux ; d'après lui, on doit rechercher s'il ne s'est pas trouvé dans les antécédents héréditaires du malade quelque parent qui ait toussé ou qui ait maigri. Et il est tellement persuadé de l'origine tuberculeuse du rhumatisme que, d'après lui, en face d'un rhumatisme quelconque on doit admettre à *priori* qu'il est tuberculeux, à moins qu'on ne puisse prouver qu'il ne l'est pas.

Malgré l'autorité qui s'attache aux travaux de M. le professeur Poncet, la théorie qui précède est loin d'être admise par la plupart des cliniciens ; sans prendre parti dans une question aussi délicate, je m'efforcerai par la suite de ce travail de mettre en évidence certains faits qui contribueront peut-être à l'élucider.

CHAPITRE II

Etude des rhumatisants. — Coexistence fréquente de la tuberculose guérie et du rhumatisme. — Cette coexistence prouve-t-elle que le rhumatisme concomitant soit tuberculeux ?

Dans ce chapitre, je vais d'abord rapporter quarante cas de rhumatismes, dont dix-huit avec détail et vingt-deux sommairement, je rechercherai pour chacun d'eux la tuberculose concomitante, ne négligeant pour cela aucun signe clinique, même le plus minime en apparence. J'étudierai ensuite quelle forme de tuberculose présentent les rhumatisants, tuberculose évolutive ou tuberculose ancienne, guérie. Puis dans une étude d'ensemble, j'examinerai si l'on peut rattacher le rhumatisme à la tuberculose, si l'un paraît dériver de l'autre ou si, au contraire, ils se trouvent ensemble accidentellement, comme cela se passe dans d'autres maladies.

OBSERVATION I (Résumée).

Rhumatisme articulaire aigu. — Ancienne lésion aortique. — Hypertrophie légère du cœur. — Aucun signe clinique de tuberculose.

André L..., 17 ans, élève à l'Ecole d'agriculture, entre le 18 mars 1909 à l'hôpital pour rhumatisme articulaire ; dans ses antécédents, on note qu'il est sujet aux battements de cœur.

Début de la maladie actuelle. — Le 7 mars le malade a souffert de lumbago. Le 8 mars, il s'alite présentant du gonflement douloureux des deux genoux ; puis l'articulation scapulo-humérale droite se prend, et finalement l'épaule et le coude gauches se prennent à leur tour.

Etat actuel. — A son entrée, la température du malade est à 39°, le pouls bat à 98 pulsations à la minute ; les articulations se dégagent déjà et ne sont plus aussi tuméfiées. La pointe du cœur bat en dehors de la ligne mamillaire vers le sixième espace intercostal gauche. Le choc du cœur est assez fort et se perçoit aussi au deuxième espace intercostal gauche vers le sternum. On note de la circulation collatérale vers la partie supérieure du thorax. A l'auscultation du cœur, on perçoit, au premier temps, à gauche du sternum, un souffle rude qui se propage vers le mésocarde ; au deuxième temps, n'y a pas de bruit anormal.

La respiration est nette aux deux sommets en avant et en arrière.

20 mars. — Température 38°,4 nombre des pulsations : 88. Il existe encore de la douleur dans le coude gauche, dans les poignets et dans les genoux.

21 mars soir. — Température 38°,2 ; nombre des pulsations 96.

22 mars matin. — Température 37°,6 ; nombre des pulsa-

tions 88. Urines des vingt-quatre heures 650 centimètres cubes, de densité 1022, avec traces d'albumine.

La douleur existe encore dans les épaules, les coudes et les poignets.

25 mars. — Température redevenue normale ; nombre de pulsations : 80 ; Urines des vingt-quatre heures : 1500 centimètres cubes, de densité 1018.

Les articulations sont dégagées, le malade part en convalescence dans sa famille.

On se trouve ici en présence d'un rhumatisme articulaire aigu, avec polyarthrite et mobilité des fluxions articulaires. Ce rhumatisme a facilement cédé au salophène administré à la dose de quatre grammes par jour.

Aucun stigmate soit ancien soit récent de tuberculose n'a été constaté, aussi la clinique ne permet-elle pas d'attribuer une origine tuberculeuse quelconque à ce rhumatisme.

OBSERVATION II (Résumée).

Rhumatisme articulaire subaigu. — Aucun signe clinique de tuberculose.

René L..., 53 ans, entre le 17 novembre à la salle 11, n° 7, pour douleurs articulaires.

Antécédents héréditaires. — Mère morte du choléra. Père mort d'affection cardiaque.

Antécédents personnels. — Marié. A cinq enfants bien portants.

Début de la maladie actuelle. — Il y a huit jours le malade a eu des frissons et de la céphalalgie. Depuis quelques jours,

fièvre légère et lumbago ; puis les douleurs ont gagné les articulations, ce qui a nécessité l'entrée à l'hôpital.

Etat actuel. — Constitution robuste. Température 37° ; nombre de pulsations 72. On note un peu de gonflement dans les deux genoux avec un léger degré d'hydarthrose. Le malade ne peut plier les genoux qu'à angle obtus. Il y a également de la sensibilité vers les deux malléoles internes, vers les aines et vers les coudes, mais sans gonflement ni rougeur.

L'examen de l'appareil respiratoire ne décèle que des sibilances aux deux temps, en avant et en arrière, mais sans aucune modification du murmure vésiculaire.

25 novembre. — Le malade guéri rentre dans sa famille.

Ici on se trouve en présence d'un rhumatisme articulaire léger, sans complications, cédant facilement au salophène. On ne trouve chez ce malade aucun stigmate de tuberculose même ancienne. Même conclusion que pour l'observation précédente.

OBSERVATION III (Résumée).

Bronchite. — Emphysème. — Alcoolisme. — Nervosisme. — Rhumatisme articulaire apyrétique léger. — Aucun signe clinique de tuberculose.

Pierre J..., âgé de 49 ans, entre le 2 janvier 1909 à la salle 11, au lit 11, pour bronchite.

Antécédents personnels. — Le malade avoue de nombreux excès alcooliques dans sa jeunesse. Il a beaucoup toussé également autrefois.

Maladie actuelle. — Bien constitué ; ne travaille plus depuis deux ans ; se présente sans fièvre avec un pouls battant à 86 pulsations, régulier, égal ; expectoration sérospumeuse.

Le thorax est ample, bombé ; respiration à type abdominal ; expiration sifflante. Le creux sus-claviculaire est plus marqué à gauche. L'auscultation révèle, sous la clavicule droite, une inspiration humée et des sibilances expiratoires prolongées ; sous la clavicule gauche, inspiration nette, expiration prolongée, étirées avec sibilances laryngées ; en arrière, les sommets présentent les mêmes signes qu'en avant, et aux bases on trouve des sibilances avec expiration prolongée.

De plus le malade a des crises de nerfs qu'on peut provoquer.

8 janvier. — On note de la douleur dans la région interscapulaire droite, avec de l'engourdissement dans le bras droit. Douleur également dans le coude droit et dans les articulations des première et deuxième phalanges du médius droit. On donne deux grammes de salophène.

12 janvier. — Les douleurs ont disparu dans les jointures.

Ce malade, entré pour emphysème et bronchite chronique, présente, quelques jours après son entrée, des douleurs articulaires erratiques, fugaces, cédant facilement au salophène. Ces caractères sont ceux du rhumatisme articulaire léger. Il n'y a pas lieu d'admettre pour ce rhumatisme l'étiologie tuberculeuse, puisque le malade ne présente aucun stigmate de tuberculose.

OBSERVATION IV (Résumée).

Rhumatisme articulaire subaigu. — Aucun signe clinique de tuberculose.

René M..., entre le 9 mars 1909 à la salle 11. C'est un jeune homme âgé de 19 ans, manoeuvre, et qui a été pris, il y a huit jours, de douleurs dans le dos, les épaules et le pied droit. Depuis quatre jours le genou droit s'est pris.

A son entrée, la température du malade est de 38°₂ ; le pouls bat à 72 pulsations. On constate un léger épanchement dans le genou gauche. Les bruits du cœur sont nets. Respiration un peu rude au sommet gauche, un peu rugueuse à la base gauche.

Le 18 mars, le malade quitte le service guéri.

On se trouve ici en présence d'un rhumatisme articulaire léger subaigu, sans complications. Bien que la respiration soit un peu rude au sommet gauche, il ne paraît pas qu'il y ait lieu de conclure à la présence de tubercules même guéris ; ce rhumatisme ne semble donc pouvoir être rattaché à une infection tuberculeuse, qui ne se manifeste par aucun signe clinique, soit local, soit général

OBSERVATION V (Résumée).

Rhumatisme articulaire et musculaire apyrétique. — Etat neurasthénique. — Pas de signe clinique de tuberculose.

Maria K..., journalière, âgée de 38 ans, entre le 15 décembre 1908 à la salle 13, au lit n° 3, pour douleurs dans le bras droit et la jambe droite.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à l'âge de 32 ans ; un an après, la malade aurait eu du rhumatisme articulaire.

Maladie actuelle. — Les douleurs dans le bras et la jambe droites sont venues insidieusement.

Etat actuel. — Femme bien constituée, de taille moyenne.

Les mouvements du coude gauche sont possibles mais douloureux ; l'articulation n'est pas augmentée de volume ; la palpation en est douloureuse.

Il existe de la douleur dans la moitié inférieure de la cuisse, dans le genou, dans le mollet, dans le cou-de-pied et vers l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. La malade accuse dans les jambes des élancements douloureux qui l'empêchent de dormir. Elle a également des fourmillements et de l'engourdissement dans le bras et la jambe.

16 décembre. — La douleur persiste au mollet, à la rotule et aux malléoles du côté droit. Il y a un peu d'épanchement vers le tendon rotulien. L'épitrôchlée et l'épicondyle du côté droit sont douloureuses.

La malade se plaint en outre de vertiges et d'une céphalée qui lui revient deux ou trois fois par semaine. De plus elle a des bourdonnements d'oreilles et des troubles digestifs.

Depuis 1894, elle a idées noires. L'examen de l'appareil respiratoire révèle une expiration renforcée dans la fosse sus-épineuse droite.

25 décembre. — La malade quitte le service ; les douleurs articulaires et musculaires ont disparu ; les symptômes de neurasthénie sont moindres.

Dans cette observation, on trouve à côté de symptômes de neurasthénie, des douleurs articulaires bien nettes dans le coude gauche, dans le genou, dans le cou-de-pied droit et vers l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Il y a en même temps un peu d'épanchement vers le tendon rotulien droit. En présence de ces symptômes on doit conclure à du rhumatisme articulaire apyrétique.

D'autre part, on constate dans la fosse sus-épineuse droite une expiration renforcée et on note dans les antécédents de la malade que son père est mort de tuberculose pulmonaire. Il y a lieu de se demander si

l'expiration renforcée qu'on trouve dans la fosse sus-épineuse, est symptomatique d'une tuberculose pulmonaire. Mais on sait que l'expiration est légèrement renforcée normalement au sommet droit chez beaucoup de sujets. On ne peut donc sur ce seul signe conclure à la tuberculose. On ne trouve en effet aucun autre symptôme, soit général, soit local, de tuberculose ; il n'y a ni fièvre vespérale, ni toux habituelle, ni amaigrissement.

Aussi n'y a-t-il pas lieu d'admettre l'étiologie tuberculeuse à l'origine du rhumatisme articulaire dont a été atteinte cette malade, puisqu'on ne retrouve pas chez elles les signes cliniques de la tuberculose.

OBSERVATION VI (Résumée).

Rhumatisme articulaire aigu. — Lésion mitrale. — Pas de signe clinique de tuberculose.

André F..., âgé de 30 ans, exerçant le métier de vacher, entre le 27 octobre 1908, pour douleurs articulaires, à la salle 11, au lit n° 4.

Antécédents personnels. — A eu une première attaque de rhumatisme articulaire à l'âge de 18 ans. Aujourd'hui en est à sa sixième.

Maladie actuelle. — Entré le troisième jour de la maladie. La température qui, à son arrivée, était entre 38° et 39°, est redevenue normale le 30 octobre.

Etat actuel. — Le 3 novembre, il y a encore un peu de sensibilité dans les articulations métacarpo-phalangiennes.

L'état général du malade est assez bon ; le thorax est bien conformé, il y a une légère voussure précordiale. Le poulx est tendu, régulier, égal. La pointe du cœur est en dehors de

la ligne mamillaire, dans le sixième espace intercostal gauche. Le choc est assez fort. Les veines du cou sont un peu dilatées. Le premier bruit du cœur est légèrement soufflé à la pointe, à la systole et à la présystole. La respiration est normale aux sommets en avant et en arrière.

Le 6 novembre le malade sort guéri.

On a affaire ici à un rhumatisme articulaire aigu, récidivant pour la sixième fois. La fièvre est tombée rapidement sous l'influence du salophène.

On ne relève aucune tare tuberculeuse ni ancienne ni récente et l'on doit éliminer l'origine tuberculeuse de ce rhumatisme.

OBSERVATION VII (Résumée).

Rhumatisme articulaire aigu. — Insuffisance aortique et mitrale. — Pas de signe net de tuberculose.

Marcel S..., âgé de 13 ans, entre le 1^{er} mars 1909 à la salle 11, au n° 5 bis, pour douleurs articulaires.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Il a déjà eu, il y a deux ans, un accès de rhumatisme articulaire aigu.

Etat actuel. — Enfant pâle, veines du cou un peu dilatées. Pouls battant à 100 pulsations, régulier, égal. Température 37°6.

On constate un endolorissement vers le pied gauche. Pointe du cœur un peu en dehors de la ligne mamillaire. Frémissement cataire précédant et suivant le choc à la pointe. Au deuxième espace intercostal gauche, souffle systolique. Expiration soufflée dans les deux fosses sus-épineuses.

5 mars soir. — Température 39°5. Douleurs sacro-lombaires.

10 mars. — L'articulation coxo-fémorale est prise ainsi que les articulations tibio-tarsiennes.

17 mars. — Le malade est guéri.

Ce petit malade a présenté du rhumatisme articulaire aigu, qui a cédé facilement au salophène.

D'autre part, on ne constate pas chez lui de tuberculose pulmonaire ou autre. On trouve bien, aux deux sommets en arrière, une expiration soufflée ; mais cette expiration soufflée se trouve fréquemment chez les enfants et, si l'on n'a pas, en même temps, quelque symptôme physique ou fonctionnel révélant la lésion tuberculeuse, on ne peut conclure à la présence de cette lésion tuberculeuse. Si donc il n'y a pas lieu d'admettre que cet enfant soit tuberculeux, il n'y a pas de raison non plus d'admettre que le rhumatisme dont il a été atteint, soit d'origine tuberculeuse.

OBSERVATION VIII (Résumée).

*Rhumatisme articulaire subaigu. — Myélite rhumatismale.
— Inefficacité du salophène. — Aucun signe de tuberculose.*

Marcel C..., âgé de 18 ans, coupeur en chaussures, entre le 2 février 1909 à la salle 11.

Maladie actuelle. — Quinze jours auparavant, avait ressenti des douleurs dans l'aîne et le genou gauches. Huit jours plus tard, avait eu également des douleurs dans les articulations des doigts de la main droite.

Etat actuel. — Température le 2 février soir 37°4. Le 3 février matin, 36°8. Le malade a une légère douleur vers l'aîne gauche. On donne 4 grammes de salophène par jour pendant toute la durée de la maladie.

25 février. — Trépidations spinales indéfinies du pied droit. Réflexes patellaires exagérés. Le malade avance difficilement la jambe gauche. Légère atrophie du membre inférieur gauche.

26 février. — Le malade déclare que depuis cinq semaines, il a du mal d'uriner. Il est parfois une heure avant de pouvoir expulser son urine. Cependant son jet d'urine est normal. Douleur dans le genou gauche ; les symptômes spinaux persistent.

27 février. — Douleur au-dessus du trochanter et dans le muscle droit antérieur de la cuisse gauche.

1^{er} mars. — Le malade marche avec deux cannes. Il a encore des douleurs dans le muscle droit antérieur et vers le trochanter gauches. Les symptômes spinaux persistent.

3 mars. — Le malade étend mieux le genou gauche.

10 mars. — La douleur persiste encore à l'aîne gauche et au genou.

17 mars. — Le malade quitte le service en tirant encore la jambe gauche.

On se trouve ici en présence d'un rhumatisme articulaire subaigu, à allure torpide, localisé surtout au genou gauche et à la hanche gauche.

Ce rhumatisme, compliqué d'une légère atteinte de la moelle, a résisté au salophène, administré à la dose de 4 grammes par jour.

L'examen de la poitrine est négatif et n'a rien révélé aux sommets.

La complication médullaire et la résistance du sujet à l'agent thérapeutique habituel du rhumatisme montrent que l'on a affaire à une infection profonde de l'organisme.

Mais l'insuccès du salicylate de soude ou du salophène n'autorise pas à éliminer le diagnostic de rhumatisme articulaire pour porter celui de rhumatisme

tuberculeux. La médication salicylée n'est pas du tout spécifique du rhumatisme articulaire. Elle agit d'une manière générale sur l'élément douleur aussi bien dans les névralgies que dans le rhumatisme articulaire aigu, mais elle n'enraye aucunement la marche de la maladie qui continue son évolution. Elle n'empêche pas les complications cardiaques. Jaccoud l'accusait même formellement de les favoriser. Aussi n'y a-t-il pas lieu d'en faire la pierre de touche du rhumatisme articulaire aigu et de dire que tout rhumatisme qui y résiste n'est pas du rhumatisme franc, mais bien du rhumatisme tuberculeux. Ce serait aller à l'encontre des faits cliniques.

OBSERVATION IX (Résumée).

*Rhumatisme articulaire chronique. — Syndrome Basedowien.
Aucun signe clinique de tuberculose.*

Charlotte C..., âgée de vingt-sept ans, entre en octobre 1908 à la salle 13, au lit n° 10.

Le rhumatisme qui motive son entrée aurait débuté en mars 1908. A cette époque, elle n'a pas cessé complètement son travail, mais elle a dû quitter son emploi de femme de chambre pour celui moins actif de bonnetière.

A son entrée à l'hôpital, en octobre 1908, le rhumatisme a déterminé de la fièvre et l'alitement de la malade. Celle-ci ressent, dans les genoux, des douleurs qui s'étendent ensuite aux chevilles, puis aux doigts des deux mains. Elle déclare que, depuis l'éclosion de son rhumatisme, elle est sujette à des palpitations. Elle est oppressée quand elle monte un escalier ou quand elle a une émotion ; elle présente un tremblement menu des mains.

En novembre, la malade peut se lever et marcher ; son état reste stationnaire.

En décembre, elle a encore une légère douleur au poignet gauche et aux quatre articulations métacarpo-phalangiennes de la main gauche, ainsi qu'au poignet droit et aux deuxième et troisième articulations métacarpo - phalangiennes de la main droite.

Elle a toujours un léger tremblement dans les mains. L'œil droit paraît exophtalmique. Le pouls est à 114, régulier, égal. Le corps thyroïde paraît un peu plus gros vers le lobe droit. Il n'y a pas d'hypertrophie du cœur ; les bruits en sont nets. La respiration est nette aux sommets en avant et en arrière.

17 mars 1909. — La malade, qui était assez bien depuis quelque temps et dont on ne s'occupait plus, se plaint de nouveau de douleurs généralisées. Elle en ressent dans les muscles du cou, dans l'épaule, dans les reins, au niveau des tibias.

Le tremblement persiste, le pouls est à 124 sans fièvre.

20 mars 1909. — On constate un léger épanchement dans les deux genoux et des douleurs dans les cous-de-pied. Les mouvements sont possibles néanmoins. Le pouls est à 120, régulier, égal.

30 mars 1909. — Le tremblement, l'exophtalmie, la tachycardie (pouls à 120) persistent. La malade affirme de nouveau qu'elle n'a ces symptômes que depuis le début de son rhumatisme.

Douleur aux première et deuxième phalanges du médius gauche et droit, aux deux poignets, aux coudes, sur la clavicule gauche, dans les muscles du cou, dans les genoux, dans les cous-de-pied. Contre ces douleurs, on lui donne du salophène à la dose de 2 à 4 grammes par jour. Les douleurs disparaissent ou diminuent pour reparaitre quelques jours plus tard.

15 avril. — La malade quitte le service dans un état de guérison incomplète.

On se trouve ici en présence d'un rhumatisme articulaire d'abord aigu, devenu ensuite chronique.

En même temps que le rhumatisme est apparu le syndrome de Basedow, tachycardie, tremblement, exophtalmie, goitre léger.

Mais on ne trouve aucun signe de tuberculose, ancienne ou récente, ce qui doit écarter l'idée de rhumatisme tuberculeux.

OBSERVATION X (Résumée).

Rhumatisme articulaire aigu. — Tuberculose non évolutive des sommets.

Raoul O..., âgé de 28 ans, mineur de son état, entre le 15 octobre 1908, à la salle 11, au lit n° 3. Le rhumatisme articulaire, pour lequel il entre, date du 1^{er} octobre. Toutes les articulations sont prises. La fièvre va en diminuant du 15 au 19 octobre; température normale du 19 au 26; légère réascension thermique, entre 37° et 38°, du 26 octobre au 1^{er} novembre.

État actuel. — On se trouve en présence d'un malade à tempérament lymphatique, débilité.

3 novembre. — Température normale, le malade se plaint encore de douleurs dans l'épaule gauche et dans le poignet gauche. Le cœur est normal. A l'examen de la poitrine, on trouve un thorax bien conformé; sous la clavicule droite, le son est plus bref à la percussion et à l'auscultation, l'expiration est renforcée; en arrière, l'expiration est renforcée aux deux sommets.

5 novembre. — Température : 37°6 le matin et 38°6 le soir; pouls à 104. Persistance de la sensibilité dans les deux genoux et dans la hanche gauche.

15 novembre. — Il y a encore de la douleur dans le genou gauche avec un peu de gonflement.

19 novembre. — Le malade guéri demande sa sortie.

On se trouve ici en présence d'un malade qui, habituellement, a un bon état général, ne tousse pas, ne maigrit pas, n'a pas de sueurs nocturnes. Ce malade entre pour rhumatisme articulaire aigu à allure traînante, rechutant par trois fois en un mois et demi.

D'autre part on constate, sous la clavicule droite, un son plus bref avec une expiration renforcée, qu'on trouve aussi dans les deux sommets postérieurs.

On peut donc, à la rigueur, en présence de ces divers signes, admettre que l'on a affaire à une ancienne tuberculose des deux sommets, tuberculose guérie et non évolutive, comme on en rencontre chez plus de la moitié des malades entrés à l'hôpital, que ce soit pour du rhumatisme ou pour une affection quelconque, comme on en découvre également dans plus de la moitié des autopsies, pratiquées dans les services hospitaliers, S'en suit-il forcément que le rhumatisme, dont est atteint ce malade, soit de nature tuberculeuse ? Il n'y a pas lieu de le croire, ainsi que je pense pouvoir le démontrer dans les discussions d'ensemble des cas similaires.

OBSERVATION XI (Résumée).

Erysipèle. — Rhumatisme articulaire aigu. — Ancienne induration du sommet gauche.

Georges O..., 38 ans, peintre de son état, entre le 8 février 1909 à la salle 11, au lit n° 8.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'hémorragie cérébrale.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à l'âge de 19 ans.

Maladie actuelle. — Le 15 janvier, le malade a eu un érysipèle, qu'il a contracté près de sa femme. Cet érysipèle a duré une dizaine de jours, a été accompagné de délire et compliqué d'un abcès au niveau de la paupière gauche. Le malade en était guéri depuis huit jours, quand survinrent des douleurs articulaires, qui ont débuté dans les genoux, puis dans les deux cous-de pied.

Etat actuel au 8 février : Température 36°6, pouls à 108 pulsations.

Homme bien constitué avec un bon état général habituel.

Les douleurs sont maintenant localisées à l'avant-bras droit, au coude, au poignet et aux articulations phalangiennes de tous les doigts. Il n'y a pas de gonflement notable. L'avant-bras gauche est actuellement moins douloureux. Les genoux sont encore douloureux, mais les cous-de-pied sont dégagés.

Le sommet gauche présente une expiration soufflée avec bronchophonie.

8 février soir. — Température 37°6 ; pouls à 100 pulsations.

9 février matin. — Température 37°2 ; pouls à 92 pulsations. Urines des vingt-quatre heures : 1400 centimètres cubes, 1016 de densité.

Il y a encore un léger endolorissement dans l'épaule gauche, dans les articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes gauches. Les genoux sont moins douloureux.

24 février. — Le malade va bien, les signes stéthoscopiques du sommet gauche persistent. Il y a en même temps quelques trépidations spinales à droite et un peu à gauche. Néanmoins il est autorisé à quitter l'hôpital.

On se trouve ici en présence d'un rhumatisme articulaire aigu, dont le réveil a été provoqué par un éry-

sipèle, survenu quelque temps auparavant, mais déjà guéri depuis huit jours. L'intensité et la mobilité du mouvement fluxionnaire justifient, en effet, le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu et non celui de rhumatisme infectieux.

D'autre part, il existe des signes de tuberculose non évolutive du sommet gauche.

Doit-on rattacher ces douleurs rhumatismales à cette ancienne induration, qui ne se révèle que par des signes physiques, sans aucun symptôme d'imprégnation tuberculeuse ? La clinique ne semble pas le permettre.

OBSERVATION XII (Résumée).

Rhumatisme articulaire aigu. — Tuberculose intertrachéo-bronchique non évolutive.

Edmond H..., âgé de 19 ans, entre le 2 décembre 1908 à la salle 11, lit n° 10 bis pour rhumatisme articulaire.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère morte d'affection pulmonaire.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade auparavant. Ne tousse que depuis quinze jours. N'a jamais eu d'hémoptysie.

Maladie actuelle. — Début il y a cinq jours par des frissons et une douleur violente dans les genoux, douleur qui s'est propagée, les jours suivants, aux cous-de-pied et aux poignets.

Etat actuel. — Actuellement, on se trouve en présence d'un homme bien constitué, non amaigri, ayant d'habitude un excellent état général. Température le 2 décembre soir 39°,4 ; pouls à 108 pulsations.

3 décembre matin. — Température 37°,6, pouls à 72 pulsa-

tions, régulier, égal. Il existe une sensibilité légère dans le poignet droit et dans les articulations métacarpo-phalangiennes, de l'érythème sur le dos du pied droit et de la douleur avec rougeur diffuse vers les malléoles droites. Douleur et gonflement dans les deux genoux.

La poitrine est bien conformée. En avant, on trouve un peu de submatité sous la clavicule droite, sans modification du murmure vésiculaire. En arrière, expiration soufflée avec bronchophonie, à droite et à gauche.

4 décembre. — Les cous-de-pied sont dégagés ; l'affection a cédé facilement sous l'influence du salophène.

10 décembre. — Le malade, guéri, présente toujours les mêmes signes stéthoscopiques.

Dans le cas qui précède on se retrouve en présence d'une polyarthrite aiguë, avec douleurs vives et mobiles.

D'autre part, il existe une expiration soufflée avec bronchophonie dans l'espace interscapulaire. Dans les antécédents du malade, on relève que sa mère est morte d'une affection pulmonaire à l'âge de 36 ans. Est-on ici en présence de ganglions intertrachéobronchiques tuberculeux ? Il serait imprudent de l'affirmer ; car jusqu'alors il n'est pas encore permis de dire qu'à un souffle interscapulaire correspond une lésion tuberculeuse. L'affection dont est morte la mère du malade, si tant est qu'elle ait succombé à une tuberculose pulmonaire, pourrait tendre cependant à le faire croire, mais elle ne saurait donner de certitude sur ce point.

Du reste même si l'on se trouvait en présence d'une tuberculose intertrachéobronchique, il n'y a eu dans le cours de la maladie aucune évolution de cette tuberculose. L'évolution rhumatismale n'a en rien modifié l'évolution tuberculeuse. Si la tuberculose existait, elle

est restée stationnaire après comme elle l'était avant et on ne peut admettre qu'elle soit à l'origine du cas de rhumatisme articulaire qui précède.

OBSERVATION XIII (Résumée).

Névrite crurale. — Hydarthrose légère. — Tuberculose non évolutive des sommets.

Joseph A..., âgé de 33 ans, charretier, entre le 5 novembre 1908 à l'hôpital, ne pouvant mouvoir sa jambe droite.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Boit deux litres de vin par jour. Tousse tous les hivers, mais n'a jamais eu d'hémoptysie.

Maladie actuelle. — Le 3 novembre, à une heure de l'après-midi, ayant voulu se lever, après son repas, a été dans l'impossibilité de poser le pied à terre et d'avancer ; à ce moment, il a éprouvé comme une sensation d'un coup de couteau à la partie interne de la cuisse droite ; cette douleur a été accompagnée d'une poussée fébrile, ainsi qu'en témoigne encore l'herpès labial qui a persisté ; mais la fièvre elle-même n'a pas duré.

État actuel. — On se trouve en présence d'un homme bien constitué, non amaigri ; température normale ; pouls régulier, égal, battant à 80 pulsations. Le malade accuse une douleur partant de la partie interne et inférieure de la rotule et remontant sur la cuisse. Mais il ne souffre pas au repos. Douleur à la pression au niveau du muscle couturier, ainsi qu'à la tubérosité interne du tibia et vers le trochanter. Il ne peut plier le genou que très légèrement ; le pied un peu en équinisme ne peut être relevé complètement. Réflexe patellaire exagéré à droite. Analgésie anesthésique sur une zone circulaire située à quatre travers de doigt au-dessus de la rotule et s'étendant sur un diamètre d'environ trois travers de doigt.

11 novembre. — Le malade se plaint de fourmillements dans le muscle droit antérieur. On constate une hydarthrose légère à droite avec choc rotulien.

L'examen de la poitrine révèle en avant et à droite une expiration prolongée, soufflée, avec de la bronchophonie, en avant et à gauche un peu d'emphysème, en arrière une expiration soufflée dans la fosse sus-épineuse droite et une expiration prolongée dans la fosse sus-épineuse gauche.

15 novembre. — Le malade sort guéri.

On trouve, chez ce malade, du rhumatisme articulaire et musculaire avec fièvre et évolution rapide vers la guérison.

D'autre part, on constate des signes d'induration des deux sommets surtout du sommet droit, mais ces indurations sont guéries et non évolutives; l'état général est bon, sans aucun symptôme d'imprégnation tuberculeuse.

Doit-on rattacher cette affection rhumatismale aiguë à la tuberculose guérie ou bien la considérer comme une entité morbide, ainsi que les cliniciens l'ont admis jusqu'ici. C'est cette seconde hypothèse qui semble vraisemblable.

OBSERVATION XIV (Résumée).

Rhumatisme articulaire aigu. Indurations anciennes du sommet gauche et du sommet droit.

Alexandre P..., âgé de dix-neuf ans, garçon de café, entre le 6 février 1909 à la salle 11, au lit n° 5 bis, pour douleurs articulaires.

Les antécédents héréditaires et personnels sont excellents.

Maladie actuelle. — Le 4 février, le malade a ressenti des douleurs dans le genou et dans le pouce gauches. La nuit suivante, ces articulations se sont tuméfiées et sont devenues très douloureuses.

Etat actuel. — Malade bien constitué, non amaigri. Température, le soir de son entrée, 38°6 ; pouls battant à 96 pulsations.

On constate un léger gonflement à la face dorsale de la main droite, vers les articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius. Le genou gauche est un peu tuméfié. Le malade a depuis quelques jours des palpitations nocturnes ; les bruits du cœur sont sourds ; la respiration est renforcée au sommet droit ; les deux temps sont soufflés sans râles au sommet gauche avec bronchophonie.

7 février soir. — Température 38°2, pouls à 92 pulsations.

8 février matin et soir. — Température 36°2. Les articulations métacarpo-phalangiennes sont encore prises ; le genou gauche ne peut être étendu complètement. Douleur en avant de la malléole externe gauche.

Mêmes signes stéthoscopiques jusqu'à l'entrée.

9 février matin. — Température 35°6 ; pouls battant à 60 pulsations. Le malade n'accuse plus aucune douleur.

Mêmes signes stéthoscopiques aux sommets.

24 février. — Exagération des réflexes patellaires. Deux à trois trépidations spinales dans le pied droit. Le malade demande sa sortie qui lui est accordée.

On se trouve ici en présence d'un cas de rhumatisme articulaire aigu, franc, ayant pris successivement plusieurs articulations et ayant cédé rapidement au salophène.

D'autre part, on constate des signes d'indurations anciennes, guéries, des deux sommets, surtout du côté gauche. Mais cette tuberculose ne présente aucun symptôme d'évolution, dès lors il n'est pas possible d'admettre qu'elle soit à l'origine de ce rhumatisme.

OBSERVATION XV (Résumée).

Rhumatisme articulaire aigu. — Tuberculose non évolutive des sommets.

Elise G..., âgée de 14 ans, entre à l'hôpital, le 28 janvier 1909, pour douleurs articulaires.

Antécédents héréditaires. — Père rhumatisant. Mère bien portante. Neuf frères bien portants.

Antécédents personnels. — La malade a eu la scarlatine à l'âge de huit ans.

Maladie actuelle. — La maladie a débuté, il y a huit jours, par des douleurs de reins, auxquelles ont succédé des douleurs dans les pieds et les genoux.

Etat actuel. — Jeune fillette lymphatique, au teint pâle. Température 38°4; pouls à 96 pulsations. Le genou droit est tuméfié; les méplats périrotoliens ont disparu; les mouvements sont impossibles.

La glande thyroïde est sensible et paraît un peu augmentée de volume.

En avant la respiration est nette; en arrière l'expiration est soufflée dans la fosse sus épineuse des deux côtés.

De plus au sommet droit il y a de la bronchophonie.

La pointe du cœur n'est pas déplacée, mais on entend un souffle doux mésocardiaque, mésosystolique. Un souffle veineux continu existe dans les jugulaires avec renforcement strident.

La malade est réglée depuis deux mois.

30 janvier. — Température 36°8 le matin, 37°6 le soir. Encore une légère douleur dans le genou.

1^{er} février. — La fièvre est tombée; il existe toujours une légère douleur dans le genou. Les signes stéthoscopiques persistent également.

Les symptômes qu'a présentés cette petite malade permettent de dire que l'on a affaire à du rhumatisme articulaire aigu franc.

On trouve bien des signes d'induration des sommets, surtout du côté droit, mais ces indurations sont guéries ou n'évoluent pas. On ne constate en effet aucun symptôme, soit local, soit général, qui puisse donner lieu au moindre doute à cet égard.

Dès lors il n'y a pas plus de raison d'admettre que ce rhumatisme est dû à une tuberculose guérie depuis longtemps, qu'il n'y en a d'admettre qu'il est dû à la scarlatine dont la malade a été atteinte à l'âge de 8 ans et qui n'a laissé aucune trace.

OBSERVATION XVI (Résumée).

Douleurs articulaires. — Arthrite sèche. — Lumbago. — Tuberculose non évolutive des sommets.

Paul S..., menuisier, âgé de 63 ans, entre le 12 décembre 1908, à la salle 11, lit n° 2, pour douleurs multiples.

Antécédents personnels. — Avoue des excès éthyliques anciens.

Tousse depuis une dizaine d'années, mais a néanmoins continué son travail jusqu'à la veille de son entrée à l'hôpital.

Maladie actuelle. — S'est trouvé mal en train le 11 décembre ; avait mal aux reins et éprouvait un sentiment de lassitude générale.

Etat actuel. — Malade un peu amaigri ; les veines du cou sont un peu dilatées.

Température 36°7 ; pouls à 72 pulsations.

Le creux sus-claviculaire est plus marqué à droite. Les muscles du cou sont saillants, le cou est allongé. On note de

l'arthrite sèche dans les petites jointures des mains et un peu de douleurs dans les articulations de l'épaule et du coude ; il en est ainsi depuis dix ans.

L'examen sous la poitrine révèle sous la clavicule droite une diminution de la sonorité, une inspiration nette et une expiration faible, sous la clavicule gauche une sonorité un peu exagérée et une expiration faible. Dans la fosse sus-épineuse droite, la sonorité est plus faible qu'à gauche ; l'inspiration est rude, l'expiration soufflée ; dans la fosse sous-épineuse droite, la sonorité est plus faible qu'à gauche et la respiration est faible.

Dans la fosse sous-épineuse gauche l'inspiration est rude, l'expiration soufflée.

22 décembre. — Le malade quitte le service amélioré, mais présentant les mêmes signes physiques aux sommets des poumons.

On se trouve ici en présence d'un malade qui a de l'arthrité chronique des petites articulations des mains et des grandes articulations de l'épaule et du coude. Ces arthrites chroniques datent de dix ans et il s'y est ajouté, à l'entrée du malade à l'hôpital, un lumbago et une courbature générale.

Peut-on trouver la cause de ce rhumatisme chronique dans la lésion pulmonaire décelée par l'exploration physique, les sommets du poumon, surtout à droite, présentant des signes d'induration tuberculeuse ancienne avec un peu d'emphysème supplémentaire ?

Cette tuberculose guérie, avec bon état général actuel, sans fièvre et sans amaigrissement a-t-elle pu créer le rhumatisme chronique ? n'est-il qu'une manifestation du neuro-arthritisme dont ce sujet semble être atteint, puisqu'il entre à l'hôpital pour un lumbago et des douleurs articulaires ?

Cette dernière manière de voir paraît la seule qu'on puisse adopter.

OBSERVATION XVII (Résumée).

Grippe. — Pleuro-pneumonie catarrhale du lobe inférieur gauche. — Rhumatisme articulaire léger. — Insuffisance aortique. — Tuberculose légère non évolutive des deux sommets.

Albert P..., âgé de 26 ans, manœuvre, entre à l'hôpital le 9 mars 1909 pour douleurs dans les genoux et parce qu'il tousse.

Maladie actuelle. — La maladie actuelle a débuté le 1^{er} mars par de la tuméfaction des genoux. Depuis cinq jours le malade tousse.

Etat actuel. — Température 38° ; pouls à 84, régulier, égal, légèrement bondissant. — Expectoration séro-spumeuse. — Les genoux sont dégagés.

En arrière, dans les fosses sus-épineuses droite et gauche, on constate une expiration souflée.

En avant, sous la clavicule droite, la sonorité est moindre et la respiration est renforcée, surtout vers la partie interne de la région claviculaire droite.

Souffle au 1^{er} et 2^e temps à la base du cœur.

La pointe du cœur est au cinquième espace sur la ligne mamillaire.

13 mars. — Mêmes signes aux deux sommets.

Râles sous-crépitaux à la base droite.

16 mars. — Mêmes signes stéthoscopiques aux sommets.

Souffle et râles sous-crépitaux dans l'aisselle droite.

Température le soir, 38°2 ; pouls à 100 pulsations.

17 mars matin. — Température, 37°2 ; pouls à 84 pulsations. Expectoration visqueuse et gommeuse. Expiration

soufflée aux deux sommets. Crépitations fines à la base gauche avec respiration obscure. Au creux axillaire droit, respiration renforcée.

18 mars. — Mêmes signes au cœur et aux deux sommets. Base gauche, râles sous-crépitaux fins et expiration soufflée.

20 mars. — Mêmes signes au cœur et aux deux sommets. La base gauche se dégage.

31 mars. — Le malade quitte le service guéri, mais présentant toujours les mêmes signes au sommet et au cœur.

Ce malade a eu dans les deux genoux du rhumatisme articulaire qui a cédé rapidement. Cependant l'affection ancienne du cœur dont il est atteint semble montrer qu'il n'en est pas à sa première crise de rhumatisme.

Il présente en outre de la pleuro-pneumonie qu'on peut considérer comme de nature rhumatismale, puisqu'elle est survenue consécutivement au rhumatisme. — On pourrait aussi la considérer comme de nature grip-pale, la grippe ayant réveillé le rhumatisme articulaire chez un sujet prédisposé.

Quoi qu'il en soit, il n'y a pas lieu d'envisager l'hypothèse de rhumatisme tuberculeux puisque, si ce malade présente bien les signes d'une tuberculose légère aux deux sommets, cette tuberculose est ancienne et qu'elle ne s'accompagne d'aucun symptôme d'évolution.

OBSERVATION XVIII (Résumée).

Rhumatisme articulaire aigu. — Pleuro-pneumonie rhumatismale. — Péricardite sèche. — Tuberculose légère non évolutive des sommets.

Le 5 novembre 1908, Joseph M., employé de chemin de fer, âgé de 25 ans, entre à l'hôpital pour douleur articulaire.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler, pas de tuberculose.

Antécédents personnels. — Marié. — A un enfant bien portant.

Maladie actuelle. — La maladie actuelle a débuté il y a trois semaines par de la fièvre. — Le lendemain le malade a ressenti des douleurs dans toutes les articulations.

État actuel. — Actuellement le malade bien constitué a un facies fébrile ; le corps est moite de sueurs. La température est de 38°7 ; le pouls est régulier, égal, à 120. — Le genou droit est tuméfié et douloureux. La hanche droite est douloureuse. Douleur au coude et à l'épaule droite. Au bras gauche, toutes les articulations sont prises. Les bruits du cœur sont un peu confus. Le premier bruit est prolongé. Le long du sternum, sur le bord gauche, on entend un frottement péricardique aux deux temps. En même temps on constate une douleur assez vive vers la pointe du cœur.

En arrière le sommet gauche présente une expiration soufflée, surtout vers la fosse sous-épineuse.

La base gauche est mate, avec souffle et râles sous-crépita-

nts. La base droite est mate également ; elle présente un souffle avec de la broncho-égophonie.

On trouve sous l'aisselle droite des râles sous crépitants avec une expiration soufflée bien nette.

Le sommet droit présente aussi une expiration soufflée.

10 novembre. — Vingt-septième jour du rhumatisme.

Urines, 700 cc. ; densité, 1030.

Température, 37° contre 38°4 la veille au soir ; pouls à 108 pulsations.

Les douleurs articulaires ont à peu près disparu ; le malade s'assoit sur son lit.

Le frottement péricardique paraît moins distinct, cependant il subsiste encore le long du sternum.

L'auscultation présente la même expiration soufflée aux deux sommets en arrière.

Aux deux bases il y a de la matité, avec râles sous-crépita-
tants, et à la base gauche il y a en plus de l'expiration souf-
flée aigre avec une voix nasonnée.

11 novembre matin. — Température, 36°8 ; pouls à 104
pulsations contre 38°8 et 108 pulsations la veille au soir.

Expectoration séro-spumeuse et striée. Urine, 750 c. c.; den-
sité, 1028.

Le malade indique une douleur sous le mamelon gauche
avec exacerbation vespérale. Le frottement péricardique existe
toujours et les bruits du cœur sont un peu sourds.

L'auscultation révèle les mêmes signes que la veille.

12 novembre. — Urines, 750 cc. ; densité, 1028. Expecto-
ration séro-spumeuse abondante. Les sommets présentent la
même expiration soufflée. Les bases présentent toujours des
râles sous-crépita-
tants ; le souffle est moins aigre à la base
gauche.

13 novembre. — Température, 37° ; pouls à 120 pulsations
contre 36°9 et 112 pulsations la veille au soir. Urines rouge
briqueté, denses, assez abondantes. Bruits du cœur tumultu-
eux.

Mêmes signes stéthoscopiques que la veille.

16 novembre. — Les articulations sont dégagées. Le choc
du cœur est un peu plus fort ; on n'entend plus le frottement
péricardique. La respiration devient nette aux bases.

17 novembre. — L'expiration soufflée persiste aux som-
mets. Le malade sort en voie de guérison.

Le diagnostic ici est celui de rhumatisme articulaire
aigu avec complications pleurales, pulmonaires et péri-
cardiques.

Il y avait également chez ce malade des signes
d'induration des deux sommets, induration tuberculeuse
et non pas seulement congestion pulmonaire fugace, car
tandis que la pleuro-pneumonie de la base régressait et
disparaissait complètement, les signes physiques du

sommet ont toujours persisté jusqu'à la sortie du malade. On a donc bien affaire à une lésion tuberculeuse des sommets. Mais cette lésion n'évolue pas ; le sujet ne tousse pas habituellement, ne maigrit pas et n'a pas d'hémoptysie. On a donc affaire à une ancienne tuberculose guérie, qui ne peut être la cause du rhumatisme articulaire constaté.

*Enoncé rapide et résumé de vingt-deux autres cas
de rhumatismes observés.*

OBSERVATION XIX

Alice A., 25 ans, journalière.

Rhumatisme articulaire. Insuffisance et rétrécissement aortiques. Goitre léger. Congestion pulmonaire rhumatismale. Ancienne induration des deux sommets.

OBSERVATION XX

Louis C..., 17 ans.

Rhumatisme articulaire aigu sans complication.
Aucun signe clinique de tuberculose.

OBSERVATION XXI

Alfred H...., 30 ans, chauffeur.

Rhumatisme articulaire aigu.
Expiration soufflée au sommet droit.

OBSERVATION XXII

Georges B..., 28 ans, plâtrier.
Arthrites rhumatismales des genoux.
Aucun signe clinique de tuberculose.

OBSERVATION XXIII

Hélène P..., 22 ans, brodeuse.
Rhumatisme articulaire. Endocardite rhumatismale.
Aucun signe clinique de tuberculose.

OBSERVATION XXIV

Jules W..., 30 ans, employé.
Rhumatisme articulaire aigu. Délire violent. Guérison.
Aucun signe clinique de tuberculose.

OBSERVATION XXV

Pierre C..., 39 ans, sculpteur.
Rhumatisme articulaire et musculaire de la jambe droite.
Aucun signe clinique de tuberculose.

OBSERVATION XXVI

André A..., 20 ans, étudiant.

Rhumatisme polyartculaire subaigu. Blennorrhagie. Guérison rapide.

Aucun signe clinique de tuberculose.

OBSERVATION XXVII

Augustin D..., 30 ans, chauffeur.

Rhumatisme léger articulaire.

Ancienne induration du sommet droit.

OBSERVATION XXVIII

Madame Q..., 50 ans, balayeuse des rues.

Rhumatisme articulaire aigu dans l'enfance.

Rhumatisme chronique actuellement. Insuffisance et rétrécissement mitraux. Hypertrophie du cœur gauche.

Ancienne induration du sommet gauche.

Emphysème.

OBSERVATION XXIX

Emile G..., 26, terrassier.

Rhumatisme articulaire à tendance chronique.

Ancienne induration des deux sommets.

OBSERVATION XXX

Adophe H..., 28 ans.

Rhumatisme articulaire aigu. Endopéricardite en voie de régression.

Ancienne induration du sommet droit.

OBSERVATION XXXI

Pierre G..., 39 ans, apprêteur en dentelles.

Rhumatisme articulaire aigu. Hypertrophie du ventricule gauche

Induration ancienne du sommet droit.

OBSERVATION XXXII

Aimé H..., 46 ans, cordonnier.

Rhumatisme articulaire aigu.

Induration ancienne du sommet droit.

OBSERVATION XXXIII

Frédéric X..., 65 ans, vidangeur.

Rhumatisme chronique. Congestion pulmonaire.

Tuberculose ancienne.

OBSERVATION XXXIV

Louis H..., 54, vacher.

Pneumonie catarrhale des deux bases. Rhumatisme articulaire aigu à 18 ans.

Rhumatisme déformant des mains. Hypertrophie du cœur gauche
Induration ancienne du sommet droit.

OBSERVATION XXXV

Amélie H..., 18 ans, bonne.
Rhumatisme articulaire. Endocardite légère.
Aucun signe clinique de tuberculose.

OBSERVATION XXXVI

Marcel D..., 17 ans, boucher.
Rhumatisme articulaire aigu.
Aucun signe clinique de tuberculose.

OBSERVATION XXXVII

Paul P..., 28 ans, ouvrier d'usine.
Rhumatisme articulaire aigu (2^e attaque). Légère hypertrophie du cœur gauche. Bronchite.
Aucun signe clinique de tuberculose.

OBSERVATION XXXVIII

André B..., 30 ans, mineur.
Rhumatisme articulaire aigu.
Aucun signe clinique de tuberculose.

OBSERVATION XXXIX

Héloïse X..., 24 ans.
Rhumatisme articulaire aigu.
Aucun signe clinique de tuberculose.

OBSERVATION XL

Veuve P..., 54 ans.
Rhumatisme articulaire aigu.
Aucun signe clinique de tuberculose.

Discussion générale des observations des rhumatisants.

En résumé, d'après les observations rapportées ci-dessus, sur quarante rhumatisants, j'ai trouvé dix-huit fois des stigmates de tuberculose, consistant le plus souvent en une diminution de la sonorité à la percussion en une expiration renforcée ou soufflée avec ou sans bronchophonie à l'un ou à l'autre sommet. Parfois aussi j'ai constaté des signes d'emphysème supplémentaire aux sommets, coexistant souvent avec de la tuberculose guérie. Mais dans aucun de ces dix-huit cas, je n'ai trouvé aucun symptôme d'évolution tuberculeuse ; ni avant, ni après ces rhumatismes, il n'y eut ni fièvre vespérale, ni sueurs nocturnes, ni toux habituelle, ni hémoptysie, ni amaigrissement. C'est pourquoi dans ces dix-huit cas, les tuberculoses étant guéries, je crois pouvoir éliminer l'étiologie tuberculeuse du rhumatisme

et il paraît bien certain que, malgré la coïncidence des deux affections, on ne peut conclure que l'un dérivait de l'autre.

Tel ne serait pas cependant l'avis de M. le Professeur Poncet, qui a, sur ce point, écrit ce qui suit :

« Chez un blennorrhagien, indemne de toute autre infection, une manifestation articulaire spontanée quelconque doit être considérée à priori comme de nature blennorrhagique, de même une arthrite survenant sans raison chez un tuberculeux doit être rapportée à la tuberculose avant tout. »

La comparaison, sur laquelle est basée le raisonnement qui précède, n'est pas justifiée dans la circonstance ; si l'on porte le diagnostic de rhumatisme blennorrhagique chez un blennorrhagien, on a pour cela d'excellentes raisons, qui n'existent pas, quand on qualifié de tuberculeux un rhumatisme survenu chez un tuberculeux guéri.

Le rhumatisme blennorrhagique, en effet, se présente avec des caractères spéciaux que n'a pas le rhumatisme dit tuberculeux. L'arthrite blennorrhagique n'affecte pas le caractère erratique et ambulatoire du rhumatisme articulaire aigu ; elle est très souvent monoarticulaire, frappant surtout le genou ou le poignet. Le mouvement fluxionnaire n'est pas aussi intense que dans le rhumatisme proprement dit, mais il est plus prolongé.

Au contraire le rhumatisme dit tuberculeux n'a aucun caractère spécifique et ne se différencie pas du rhumatisme en général. MM. Poncet et Mailland, d'ailleurs, dans leur monographie de ce rhumatisme, le montrent sous les mêmes formes aiguës et chroniques que les autres rhumatismes et disent seulement qu'un de ses caractères est sa résistance au salicylate de soude. Mais

on sait que le salicylate de soude n'est aucunement une médication spécifique du rhumatisme articulaire ; qu'il supprime uniquement la douleur, sans enrayer la maladie, qui continue son évolution ainsi qu'on le voit dans un grand nombre d'observations.

Une autre raison qui fait admettre le rhumatisme blennorrhagique, c'est qu'on le trouve chez des sujets porteurs de gonocoques dont l'écoulement quoique à son déclin est encore virulent. Le rhumatisme dit tuberculeux au contraire surviendrait chez des tuberculeux guéris depuis longtemps ne présentant aucun symptôme d'évolution et dont les bacilles seraient encapsulés dans une gangue fibreuse ou crétacée, ce qui paraît invraisemblable, car le fait seul qu'un rhumatisme articulaire se déclare chez un sujet chez qui on trouve un vieux résidu de tuberculose ne saurait suffire pour justifier le nom de rhumatisme tuberculeux. La tuberculose est tellement fréquente dans les grandes villes, surtout si on compte les cas d'évolution guérie ou stationnaire et d'autre part le rhumatisme, sous ses différentes formes, est tellement fréquent que la coexistence des deux affections doit forcément être elle-même très fréquente ; le contraire serait tout à fait extraordinaire.

On peut même se demander s'il n'existe pas un certain antagonisme entre l'évolution tuberculeuse et l'évolution du rhumatisme aigu ou subaigu (je ne dis pas le rhumatisme nouveau) comme il existe un antagonisme entre une évolution cardiaque et une évolution tuberculeuse. « J'ai rarement observé, dit M. le Professeur Bernheim, dans une conférence clinique, la tuberculose *évolutive* dans les cardiopathies valvulaires évolutives avec asystolie, et sous le nom de tuberculose évolutive, je n'entends ici que l'évolution du tubercule lui-même,

c'est-à-dire la tuberculose ulcéreuse, celle qui se ramollit et se transforme en cavernes, car la tuberculose miliaire peut se greffer sur un poumon cardiaque et sur un rhumatisme en voie d'évolution, de même que la granulie pulmonaire peut se greffer sur un poumon emphysémateux, alors qu'il y a antagonisme entre l'emphysème pulmonaire et la tuberculose ulcéreuse. »

Mais cet antagonisme entre l'évolution cardiaque et l'évolution tuberculeuse ulcéreuse n'existe pas entre la lésion cardiaque non évolutive et la lésion de la tuberculose pulmonaire non évolutive, car on rencontre souvent dans les affections cardiaques valvulaires avec asystolie des stigmates d'induration tuberculeuses guéries. (Voir chapitre III, autopsies VII, XV, XVIII, XXII, XXIX, XXX, XXXI, XXXVIII.)

De même l'antagonisme n'existe pas entre la lésion tuberculeuse et la lésion du rhumatisme articulaire ; on trouve souvent dans le rhumatisme articulaire aigu ou subaigu des stigmates de tuberculose guérie, l'antagonisme existe entre les deux évolutions, « car, dit encore M. le Professeur Bernheim, j'ai vu très rarement, pour ne pas dire jamais, une tuberculose évolutive chez un sujet affecté de rhumatisme articulaire aigu ou réciproquement ; l'antagonisme entre évolution tuberculeuse et évolution du rhumatisme n'est réel d'ailleurs que s'il s'agit de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu. Il n'est pas vrai pour le rhumatisme déformant ou noueux qui est en réalité une maladie d'une autre nature pouvant survenir à un certain âge chez des sujets qui n'ont jamais eu de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu ».

Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner, en présence de la constatation de tels faits cliniques, que, tandis que le rhumatisme blennorrhagique a été admis par tous les

cliniciens, l'existence du rhumatisme dit tuberculeux est généralement contestée et soulève de nombreuses objections ?

Aux considérations exposées plus haut, M. le Professeur Poncet répondrait sans doute qu'il entend bien que la coexistence du rhumatisme articulaire aigu ou subaigu avec une tuberculose à évolution rapide est un fait clinique très rare, mais qu'il envisage, comme cause du rhumatisme dit tuberculeux, une tuberculose atténuée qui se manifeste par des caractères spéciaux et qu'il appelle tuberculose inflammatoire et non pas la tuberculose évolutive habituelle à marche rapide. D'après lui, en effet, la tuberculose peut se manifester par de l'inflammation banale et il nous cite, à ce sujet, les expériences de MM. Bernard et Salomon, disant que ces derniers ont prouvé que le rein réagissait aux bacilles de Koch par de l'inflammation simple sans follicule et qu'il pouvait bien en être de même au niveau des articulations.

Or, si l'on se reporte aux expériences de MM. Bernard et Salomon, qui ont été relatées dans un article des Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique (Paris, 1905), intitulé : « Sur les lésions non folliculaires expérimentales dues aux bacilles de Koch », on constate ce qui suit : Les expérimentateurs ont injecté des bacilles de Koch à des cobayes qu'ils ont sacrifiés quelque temps après. Ils ont alors reconnu que le plus souvent le rein avait réagi à l'infection tuberculeuse non par des tubercules, mais par des formations lymphocitaires, renfermant le bacille de Koch, par une infiltration de cellules embryonnaires et par de la congestion vasculaire constante. Ils ont constaté de

plus des tubercules dans les poumons, dans la rate et dans le foie.

Ces expériences tendent donc à faire admettre qu'à côté de lésions tuberculeuses spécifiques : tubercules, follicules et cellules géantes, il peut y avoir une réaction purement inflammatoire de l'organisme. Mais ceci ne fait que corroborer un fait clinique connu depuis longtemps. On sait, en effet, que chez les tuberculeux pulmonaires, autour des tubercules en évolution, on trouve toujours de la congestion pulmonaire et que cette congestion est dans ce cas liée à la tuberculose elle-même. Mais dans ces cas, comme dans les expériences de MM. Bernard et Salomon, la congestion est toujours concomitante d'une évolution tuberculeuse, se manifestant à l'autopsie par des tubercules dans les poumons, la rate ou le foie et pendant la vie par les symptômes fonctionnels d'imprégnation tuberculeuse. On est donc loin déjà de la tuberculose latente atténuée dont M. le Professeur Poncet veut faire la condition de la tuberculose inflammatoire.

Mais si l'on continue à étudier les expériences de MM. Bernard et Salomon et si l'on se reporte à leur travail intitulé : « Recherches sur la tuberculose rénale ; étude expérimentale des lésions rénales provoquées par des poisons diffusibles du bacille tuberculeux » (*Journal de Physiologie*, année 1906), on remarque un autre caractère de cette tuberculose inflammatoire, c'est qu'elle est due à des toxines créées sur place et non diffusées au loin par la voie sanguine, ainsi que l'admet M. le professeur Poncet dans sa théorie.

D'après les expériences relatées dans ce dernier travail, MM. Bernard et Salomon ont injecté des bacilles de Koch dans le sang artériel des lapins et des cobayes. Ils ont pro-

voqué ainsi des lésions non folliculaires de l'apparence la plus banale à côté de formations folliculaires et ces lésions se sont produites non pas loin du foyer bacillaire, mais sur place, sous l'action de poisons sécrétés au siège même de l'activité parasitaire de ce foyer.

Cette seconde série d'expériences démontre donc comme la première qu'à côté de la tuberculose inflammatoire, on trouve de la tuberculose évolutive spécifique avec tubercule et cellules géantes, soit dans le même organe, soit dans d'autres organes. Elle prouve en outre que la tuberculose inflammatoire est créée sur place par l'agent même du bacille de Koch, à l'encontre de la théorie de M. le professeur Poncet.

En résumé, les deux comparaisons dont s'est servi M. le professeur Poncet pour étayer sa théorie du rhumatisme tuberculeux, l'une clinique portant sur le rhumatisme blennorrhagique, l'autre anatomopathologique portant sur l'existence de la tuberculose inflammatoire, ne prouvent aucunement l'existence du rhumatisme tuberculeux ; les expériences de MM. Bernard et Salomon sur lesquelles il s'appuie tendent plutôt à infirmer sa théorie qu'à la confirmer.

Aussi semble-t-il qu'il y a lieu de maintenir les déductions cliniques exposées au commencement de cette discussion, à savoir que, vu l'absence d'évolution tuberculeuse dans les 40 cas de rhumatismes envisagés, on ne saurait admettre pour aucun de ces cas l'étiologie tuberculeuse de la maladie.

CHAPITRE III

Tuberculose ancienne non évolutive, trouvée chez des malades entrés pour maladies diverses, rhumatisme et tuberculose exceptés. Réponse à l'argument de fréquence.

Dans ce chapitre, je me propose de rechercher la proportion de tuberculeux anciens non évolutifs rencontrés chez les 258 malades qui sont entrés dans le service de M. le professeur Bernheim pendant six mois environ pour une affection autre que le rhumatisme et la tuberculose évolutive.

Pour confirmer mes recherches cliniques je ferai ensuite la même étude en ce qui concerne quatre-vingt-huit autopsies d'adultes faites à l'hôpital pendant à peu près le même temps.

On verra par l'examen de ces deux statistiques combien est grande la proportion des tuberculeux anciens guéris. En rapprochant le chiffre ainsi obtenu de celui déjà constaté au chapitre qui précède (dix-huit anciens tuberculeux sur quarante rhumatisants) il sera sans

doute possible de tirer de cette comparaison des conclusions permettant d'apprécier la valeur de l'argument qu'on pourrait titer en faveur des théories de M. le professeur Poncet de la fréquence de la constatation de la tuberculose chez les rhumatisants. D'aucuns pourraient prétendre, en effet, que, de même que l'étiologie parasymphilitique de la paralysie générale a été démontrée par la constatation fréquente de la syphilis dans les antécédents des paralytiques généraux, de même la constatation fréquente de la tuberculose chez les rhumatisants est un argument en faveur de l'étiologie tuberculeuse du rhumatisme.

Je ne donnerai pas d'ailleurs le détail des observations concernant les 258 malades sur lesquels j'ai recherché les signes de tuberculose ancienne. Cette énumération serait fort longue et manquerait d'intérêt.

Sur ces 258 malades 127 présentaient des signes de tuberculose ancienne non évolutive.

Je rapporterai seulement brièvement et à titre d'exemples vingt observations prises au hasard parmi les 127 cas de tuberculose ancienne reconnue. Ces vingt observations montreront dans quel sens et avec quelle méthode a été faite cette statistique.

On verra que cette étude de la tuberculose ancienne est basée non sur des procédés de laboratoires plus ou moins fidèles, mais sur des signes cliniques faciles à constater par tous chaque jour au chevet des malades.

OBSERVATION XLI

Hélène N..., 28 ans, femme de chambre. Embarras gastrique à répétition datant de la puberté.

Bon état général, sans fièvre vespérale ni amaigrissement ni sueurs nocturnes.

Tuberculose ancienne du sommet droit, caractérisée sous la clavicule droite par un son plus élevé, moins clair à la percussion et par une expiration faible et dans la fosse sus-épineuse droite par une expiration faible avec de la bronchophonie légère.

La malade a eu du reste deux ans auparavant des hémoptysies, à la suite desquelles elle a été traitée pendant un an dans un sanatorium.

OBSERVATION XLII

Théodore X..., 62 ans. Bronchite, emphysème léger.

Bon état général sans amaigrissement ni fièvre. Ancienne induration des deux sommets, caractérisée sous la clavicule droite par une expiration renforcée et soufflée et par de l'expiration soufflée dans les deux sommets postérieurs.

OBSERVATION XLIII

Madame P..., 46 ans, ouvrière en chaussures. Emphysème. Dilatation du cœur droit. Congestion pulmonaire des bases.

Bon état général, sans fièvre, ni amaigrissement, ni sueurs nocturnes.

Ancienne induration du sommet droit, caractérisée sous la clavicule droite par de la submatité et de l'expiration soufflée, et, dans la fosse sus-épineuse droite par de la submatité plus prononcée qu'à gauche et par une respiration faible.

OBSERVATION XLIV

Louise F..., 44 ans, concierge. Péricardite sèche.

Ancienne induration du sommet droit caractérisée par une expiration soufflée dans les fosses sus et sous-épineuse droite.

Bon état général. Aucun symptôme d'évolution tuberculeuse.

OBSERVATION XLV

Pierre V..., 60 ans, journalier. Néphrite interstitielle. Hypertrophie du cœur. Pneumonie catarrhale de la base droite.

Ancienne induration des sommets caractérisée par de la respiration soufflée aux deux sommets en arrière. Aucun symptôme d'évolution tuberculeuse.

OBSERVATION XLVI

Jean K..., 73 ans, manœuvre. Emphysème pulmonaire. Bronchite chronique.

Ancienne tuberculose du sommet droit caractérisée par les signes suivants sans aucun symptôme d'évolution tuberculeuse, sous la clavicule droite sonorité faible ; dans la fosse sus-épineuse droite, expiration prolongée avec bronchophonie.

OBSERVATION XLVII

Jacques M..., 66 ans, balayeur des rues. Emphysème. Dilatation du cœur droit.

Ancienne induration du cœur droit, caractérisée par une expiration soufflée avec bronchophonie dans la fosse sus-épineuse droite. De plus le malade a perdu une sœur de tuberculose pulmonaire. Mais il ne présente aucun symptôme d'évolution tuberculeuse.

OBSERVATION XLVIII

Joseph W..., 26 ans, tripier. Peumonie catarrhale.

Tuberculose non évolutive du sommet droit.

Submatité sous la clavicule droite, expiration soufflée dans la fosse sus-épineuse.

De plus son père serait atteint de tuberculose pulmonaire, mais il ne présente lui-même aucun symptôme d'évolution tuberculeuse.

OBSERVATION XLIX

Madame C..., 25 ans.

Néphrite parenchymateuse. Grossesse de quatre mois et demi. Anémie.

Ancienne induration du sommet droit.

Sous la clavicule droite et au deuxième espace intercostal droit, expiration soufflée.

Fosse sus épineuse droite expiration renforcée et un peu soufflée. Aucun symptôme d'évolution tuberculeuse.

OBSERVATION L

Madame X..., 23 ans, piqueuse en chaussures.

Pleuropneumonie à la base droite.

Emphysème léger. Ancienne induration des deux sommets.

A eu trois ans auparavant de la fièvre vespérale, de l'amaigrissement, des sueurs nocturnes, des hémoptysies.

A sa sortie l'état général redevient bon ; elle n'a plus de fièvre et l'on constate une expiration renforcée sous la clavicule droite et une expiration soufflée dans les fosses sus-épineuses droite et gauche.

OBSERVATION LI

Elisa R..., 39 ans.

Pneumonie du lobe inférieur droit.

Coliques hépatiques.

Ancienne induration du sommet droit.

A sa sortie, creux sus-claviculaire droit plus marqué, expiration soufflée sous la clavicule droite sans aucun symptôme d'évolution tuberculeuse.

OBSERVATION LII

Maurice M..., 46 ans, coiffeur.

Néphrite interstitielle. Aucune induration du sommet droit avec respiration soufflée à ce moment et son moins clair sous la clavicule droite, mais sans aucun symptôme d'évolution tuberculeuse.

OBSERVATION LIII

Edouard K..., 56 ans, ouvrier d'usine.

Diagnostic clinique. — Néoplasme stomacal.

Ancienne péritonite tuberculeuse.

Ancienne induration des sommets caractérisée par de l'expiration renforcée sous la clavicule droite, par une inspiration rude, une expiration soufflée et bronchophonie sans râles sous la clavicule gauche, et au sommet gauche en arrière par une expiration soufflée.

Aucun symptôme d'évolution tuberculeuse.

Autopsie. — Néoplasme stomacal.

Au sommet gauche, vieilles cavernes à parois fibreuses et anthracosées.

OBSERVATION LIV

Georges B..., 22 ans, employé de bureau.

Hypertrophie du cœur. Péricardite ancienne. Albuminurie.

Pneumonie catarrhale de la base gauche

Ancienne induration des sommets. Souffle sous la clavicule droite ; sous la clavicule gauche respiration soufflée, rude, un peu granuleuse. Aucun symptôme d'évolution tuberculeuse.

OBSERVATION LV

Alfred Th..., 62 ans, ébéniste. Entérite chronique.

Aucune induration du sommet droit avec submatité sous la clavicule droite et expiration soufflée au sommet droit. Sans évolution tuberculeuse.

OBSERVATION LVI

Elisabeth T..., 20 ans, demoiselle de magasin.

Psychonévrose. — Aucune induration du sommet droit. La malade, blonde lymphatique, n'a pas d'antécédents bacillaires. Elle aurait eu, dit-elle, des crachats hémoptoïques.

En avant, sous la clavicule droite, on constate surtout de la diminution de l'expiration avec une inspiration rude. Actuellement, bon état général, sans fièvre, ni amaigrissement, ni sueurs nocturnes.

OBSERVATION LVII

Alice A..., 15 ans. Endocardite mitrale compensée. Pleurésie tuberculeuse gauche. Ancienne induration des sommets.

A eu quatorze frères et sœurs, dont quatre sont morts de tuberculose.

Petite malade mignonne aux chairs pâles et délicates, présente de l'expiration soufflée aux deux sommets et à la région interscapulaire gauche. Sort guérie sans présenter aucun signe d'évolution tuberculeuse.

OBSERVATION LXVIII

Étienne F..., 41 ans, tapissier. Crises gastriques. Ancienne induration des deux sommets. Sous la clavicule, des deux côtés, inspiration rude, expiration renforcée.

Dans les fosses sus-épineuses droite et gauche expiration soufflée.

Aucun signe d'évolution tuberculeuse.

OBSERVATION LIX

Frédéric G..., 60 ans, vidangeur. Bronchite.

Ancienne induration des deux sommets, plus marquée à gauche.

Mère morte tuberculeuse très jeune.

Aurait eu lui-même des hémoptysies, il y a six ans. Actuellement, bon état général, aucun symptôme d'évolution tuberculeuse, mais sous la clavicule droite submatité, expiration prolongée et bronchophonie ; sous la clavicule gauche, inspiration rude, expiration renforcée.

Fosse sus-épineuse droite, expiration prolongée et soufflée.

Fosse sous-épineuse gauche, inspiration rude, expiration prolongée avec bronchophonie.

OBSERVATION LX

Augustine Z..., 26 ans, ouvrière en chaussure.

Rhinolaryngotrachéite. — Bon état général sans fièvre ni amaigrissement.

Ancienne induration du sommet droit.

Sous la clavicule droite, respiration plus rude qu'à gauche.

Fosse sus-épineuse droite, inspiration rude, expiration un peu soufflée, bronchophonie.

Les vingt observations qui précèdent se rapportent à des malades des deux sexes et de tous les âges entrés à l'hôpital pour des affections quelconques, soit aiguës, soit chroniques, autres que le rhumatisme et la tuberculose évolutive.

Ainsi qu'on peut s'en rendre compte en les parcourant, on a trouvé chez tous, au sommet des poumons,

des signes physiques de tuberculose pulmonaire. Ces signes sont le plus souvent une expiration soufflée avec parfois de la bronchophonie à un sommet ; chez plusieurs de ces malades les antécédents héréditaires ou personnels incitaient d'ailleurs à poser le diagnostic de tuberculose.

Les symptômes physiques constatés ont été reconnus par hasard ou plutôt parce qu'ils ont été recherchés avec soin. Rien n'attirait spécialement l'attention sur eux, aucun des vingt malades envisagés ne présentant de symptômes d'évolution tuberculeuse.

La maladie intercurrente pour laquelle ils étaient entrés à l'hôpital, une fois guérie, ils quittaient l'établissement et reprenaient leur genre de vie habituel sans se ressentir de leur tuberculose cicatrisée et devenue fibreuse, sinon crétacée.

Mais ce n'est pas seulement vingt tuberculeux sans évolution qui ont été trouvés sur les deux cent cinquante-huit malades entrés au service de M. le Professeur Bernheim, du 1^{er} novembre 1908 au 1^{er} mai 1909 pour toutes affections autres que le rhumatisme et la tuberculose évolutive. L'examen attentif de chaque cas a permis de constater que sur l'ensemble de ces deux cent cinquante-huit malades, cent vingt-sept présentaient les traces de tuberculose ancienne guérie, ce qui représente 49 o/o d'anciens tuberculeux.

Pour vérifier le résultat qui précède, j'ai cru devoir faire une étude parallèle au laboratoire d'anatomie pathologique. Un diagnostic clinique, en effet, même le plus judicieux et le plus vraisemblable, a besoin souvent pour entraîner la conviction, du contrôle de l'autopsie.

Mes recherches ont porté sur quatre-vingt-huit autopsies consécutives d'adultes morts d'affections diverses à l'hôpital de Nancy, rhumatisme et tuberculose évolutive

exceptés, afin de déterminer le nombre de tuberculoses guéries qu'elles comprennent.

Je ne me suis occupé, d'ailleurs, que de la tuberculose macroscopique se révélant par des tubercules crétacés ou fibreux ; l'examen microscopique n'aurait pu sans doute donner qu'une proportion plus forte d'anciennes tuberculoses.

Sur les quatre-vingt-huit autopsies examinées, il a été trouvé trente-neuf tuberculeux anciens, guéris, dont voici l'énumération :

I. — Fracture du bassin.

Granulations tuberculeuses anciennes au poumon.

II. — Pneumonie. — Diabète.

Tubercule caséux au sommet gauche.

III. — Cirrhose hépatique.

Noyaux tuberculeux au sommet droit.

IV. — Pneumonie.

Ganglions tuberculeux intertrachéobronchiques.

Induration tuberculeuse du poumon gauche.

V. — Bronchopneumonie pseudolobaire.

Tubercule calcifié au sommet droit et nodule fibreux.

VI. — Fracture de côte. — Fracture du bassin. — Déchirures multiples du foie.

Granulations tuberculeuses au sommet droit.

VII. — Affections mitrale et aortique.

Tubercules crétacés au sommet droit.

VIII. — Cholécystite chronique. — Rétention biliaire et cirrhose biliaire.

Tubercules sous-pleuraux au sommet gauche.

Noyaux indurés au sommet droit.

- IX. — Pyopneumothorax. — Bronchopneumonie.
Cicatrice d'un tubercule pleural au sommet gauche.
- X. — Pleurésie purulente. — Abscess pulmonaire.
Au poumon gauche, deux ou trois tubercules crétacés.
- XI. — Cirrhose atrophique. — Ganglions trachéobronchiques crétacés.
Granulations miliaires au poumon droit.
- XII. — Néphrite. — Hypertrophie du cœur. — Ganglion trachéobronchique crétacé.
Nodule crétacé au sommet droit.
- XIII. — Bronchopneumonie.
Au poumon gauche : cicatrices d'anciennes lésions tuberculeuses.
- XIV. — Ulcération du pylore, péritonite.
Tubercule crétacé au sommet droit.
Ganglion sus-bronchique gauche crétacé pierreux.
- XV. — Asystolie. — Hypertrophie du cœur.
Tubercules aux sommets.
- XVI. — Bronchopneumonie.
Un ganglion trachéobronchique présente un noyau calcaire.
- XVII. — Tubes.
Cicatrice pleurale au sommet droit.
Petit nodule tuberculeux calcifié.
- XVIII. — Emphysème. — Dilatation du cœur.
Granulations miliaires d'ancienne tuberculose aux deux sommets.

XIX. — Cirrhose atrophique du foie.

Petit tubercule sous-pleural au poumon droit.

XX. — Granulie pulmonaire.

Anciens tubercules aux sommets.

XXI. — Pneumonie.

Ganglions trachéobronchiques crétacés.

Noyau induré au sommet droit.

XXII. — Asystolie.

Tubercules crétacés au sommet droit, entourés de tissu de sclérose anthracosique.

Ganglions intertrachéobronchiques calcifiés.

XXIII. — Bronchopneumonie.

Tubercules crétacés au poumon gauche.

XXIV. — Péritonite aiguë.

Deux anciens tubercules au sommet gauche : l'un fibreux, l'autre crétacé.

XXV. — Bronchopneumonie.

Ganglions intertrachéobronchiques crétacés.

Noyaux fibreux aux sommets.

XXVI. — Néoplasme stomacal.

Au sommet gauche, vieille caverne à parois fibreuses et anthracosées.

XXVII. — Méningite cérébro-spinale.

Anciens tubercules au poumon droit.

XXVIII. — Pleurésie.

Tubercule au sommet droit.

Au sommet gauche, petits tubercules durs de la grosseur d'un grain de millet.

XXXIX. — Dilatation du cœur. Anasarque.
Tubercules crétaçés.

XXX. — Emphysème. Dilatation du cœur.
Adhérences fibreuses au sommet droit avec petits tubercules fibreux.

XXXI. — Emphysème. Dilatation du cœur droit.
Au sommet gauche noyau induré.

XXXII. — Fièvre typhoïde. Tétanos.
Adhérences au sommet droit. Ancien tubercule fibreux.

XXXIII. — Bronchopneumonie.
Adhérences au sommet droit et petits tubercules fibreux.

XXXIV. — Ramollissement cérébral.
Petite caverne sèche fibreuse.

XXXV. — Pneumonie.
Cicatrice fibreuse au sommet gauche avec tubercule sous-pleural.

XXXVI. — Cirrhose hépatique.
Quelques anciens tubercules au sommet droit.

XXXVII. — Athérome aortique.
Tubercule calcifié au sommet droit.

XXXVIII. — Emphysème. Asystolie.
Tubercules fibreux au sommet gauche.

XXXIX. — Pneumonie.
Nodule crétaçé au sommet droit.

Le chiffre de 39 tuberculoses anciennes guéries, trouvé sur 88 autopsies représente une proportion de

45 o/o. Cette proportion est sensiblement la même que celle qui, d'après les observations analysées plus haut, a été indiquée par la clinique et qui était de 49 o/o.

Diverses autres statistiques faites sur le même sujet donnent des résultats analogues. Ainsi Brouardel a constaté qu'un peu plus de la moitié des individus ayant succombé à une mort violente et autopsiés à la Morgue présentaient des lésions de tuberculose active ou éteinte ; de même M. Letulle sur 189 autopsies a constaté 92 fois des traces de tuberculose ancienne, ce qui représente une proportion de 48 o/o.

C'est donc un fait clinique bien établi que l'on trouve chez quantité de malades atteints d'affections diverses des traces d'anciennes tuberculoses guéries. Dès lors n'est-il pas naturel que l'on trouve aussi chez les rhumatisants ces mêmes symptômes de tuberculose ancienne et dans des proportions aussi fortes ? Puisque les proportions sont sensiblement les mêmes chez les rhumatisants (45 o/o) que chez les autres malades (49 o/o) et que dans les autopsies (45 o/o) rien n'autorise à conclure que cette fréquence de la tuberculose indique une étiologie tuberculeuse plutôt pour le rhumatisme que pour d'autres maladies.

Dès lors la constatation relativement fréquente de la tuberculose guérie chez les rhumatisants ne saurait être un argument pour prouver l'existence du rhumatisme tuberculeux.

CHAPITRE IV

Manifestations rhumatismales trouvées chez les tuberculeux en évolution. — Leur rareté. — Dépendent-elles de l'infection tuberculeuse ?

Dans le chapitre II de ce travail, j'ai indiqué que sur 40 rhumatisants, 18, soit 45 o/o, présentent des stigmates de tuberculose ; mais que, dans aucun des cas examinés, la tuberculose n'était évolutive et ne pouvait être la cause du rhumatisme.

Dans le chapitre suivant j'ai montré que de la proportion de 45 o/o de tuberculeux guéris, constatée chez les rhumatisants, on ne pouvait conclure à une relation de cause à effet entre le rhumatisme et la tuberculose ; car la même proportion de tuberculeux guéris existe dans d'autres maladies.

Je vais chercher à établir maintenant quelle est, chez les tuberculeux en évolution, que cette évolution soit aiguë, subaiguë ou chronique, la proportion de ceux qui présentent des douleurs articulaires ; je rechercherai

tout spécialement si l'on trouve chez eux du pseudo-rhumatisme tuberculeux simulant le rhumatisme aigu, subaigu ou chronique, ainsi que le prétend M. le Professeur Poncet ; ou bien si, au contraire, on ne constate que des douleurs banales arthralgiques ou autres.

Observations très résumées des tuberculeux en évolution.

OBSERVATION CCXCIX

Marie J..., 21 ans, cartonnière.
Tuberculose évolutive. Malade depuis six mois.
Excavation à gauche.
Ramollissement à droite.
Fièvre, amaigrissement, sueurs nocturnes.
N'a jamais eu ni rhumatisme ni douleurs notables.

OBSERVATION CCC

Lucie W..., 62 ans, femme de ménage.
Tuberculose évolutive. Malade depuis six ans.
Excavation au sommet droit.
Ramollissement au sommet gauche.
N'a jamais eu de rhumatisme ; mais depuis six ans a, au mois de janvier, une névralgie intercostale.

OBSERVATION CCCI

Jeanne K..., 23 ans, femme de ménage.

Tuberculose évolutive. Malade depuis quatre ans.

Excavation à droite.

Ramollissement à gauche.

N'a jamais eu de rhumatisme.

Le 1^{er} janvier 1909 a ressenti des douleurs dans le côté gauche, vers le grand pectoral, douleurs qui ont duré quelques jours.

OBSERVATION CCCII

Louise C..., 21, couturière.

Tuberculose évolutive. Malade depuis un an.

Ramollissement des deux côtés.

En février a ressenti au poignet droit et dans les doigts de la main droite une douleur assez légère quand elle mobilisait les articulations malades.

3 juin 1909. — Douleur à la pression dans les 4^e, 5^e et 6^e espaces intercostaux droits, au-dessous du mamelon. Cette douleur qui existe depuis cinq jours s'augmente par la toux. Elle a diminué un peu par l'emploi du pyramidon.

11 juin 1909. — La malade souffre toujours du côté droit, dans les muscles du thorax et du bras.

OBSERVATION CCCIII

Caroline M..., infirmière, âgée de 23 ans. Malade depuis un an.

Tuberculose évolutive.

Ramollissement des deux côtés.

Pas de rhumatisme ni de douleurs notables.

OBSERVATION CCCIV

Jean-Baptiste F..., 27 ans, peintre, Malade depuis quatre mois.

Tuberculose évolutive.

Ramollissement bilatéral.

Pas de rhumatisme ni de douleurs notables.

OBSERVATION CCCV

Eugène H..., 32 ans, garçon de café.

Tuberculose évolutive. Début à vingt-deux ans.

Excavation à droite.

Ramollissement à gauche.

A eu autrefois du lumbago et des points de côté, mais jamais de rhumatisme.

Actuellement n'a pas de douleurs notables.

OBSERVATION CCCVI

Raoul V..., 15 ans, apprenti imprimeur.

Tuberculose évolutive. Traité déjà il y a quatre ans pour tuberculose pulmonaire dans le service de M. le Professeur Haushalter.

Ramollissement à droite, induration à gauche.

Ni douleurs, ni rhumatisme.

OBSERVATION CCCVII

François K..., 25 ans, garçon de salle.
Tuberculose évolutive, ayant débuté il y a un an.
N'a jamais eu de rhumatisme ; mais a souvent des points de côté fugaces.

OBSERVATION CCCVIII

Jules R..., 37 ans, boueur.
Tuberculose évolutive ayant débuté il y a deux ans.
Ramollissement à droite, induration à gauche.
N'a jamais eu de rhumatisme.
N'a pas eu de douleurs notables à part des points de côté.

OBSERVATION CCCIX

Martin G..., 35 ans, frappeur.
Tuberculose évolutive et laryngite tuberculeuse ayant débuté il y a un an.

17 mars 1909. — Douleurs dans la région péri-articulaire de l'épaule droite. Le malade ne peut se coucher sur son côté droit, mais l'articulation elle-même est libre. En effet il peut la mobiliser sans aucune douleur, tandis qu'il y a de la douleur à la pression tout autour de l'articulation scapulo-humérale droite.

19 mars 1909. — La douleur péri-articulaire a diminué à la suite de frictions à la pommade gaïacolée.

Le malade n'a jamais eu de douleurs articulaires proprement dites.

OBSERVATION CCCX

Auguste P..., 36 ans, représentant de commerce.

Tuberculose évolutive à forme très lente, ayant débuté, il y a trois ans, par des hémoptysies ; le sujet avait repris son travail, mais depuis quelques jours à la suite de surmenage les hémoptysies sont revenues en même temps qu'il maigrissait et qu'il transpirait la nuit.

Il n'a pas de fièvre vespérale et au bout de quinze jours de repos il sort en voie d'amélioration.

Ce sujet n'a jamais présenté de rhumatisme.

OBSERVATION CCCXI

Jacques F..., 46 ans, cimentier.

Tuberculose évolutive, ayant débuté il y a treize ans, par une fistule à l'anus, puis s'étant porté sur les poumons il y a dix ans. Ce sujet qui continue à tousser n'a pas eu à proprement parler de rhumatisme.

28 avril 1909. — On constate des douleurs rhumatoïdes dans l'épaule gauche, douleurs tellement vives qu'elles empêchent le malade de dormir. Les mouvements de l'épaule ne sont pas douloureux, mais il existe une douleur péri-articulaire à la pression et parfois lors d'une inspiration profonde.

Le malade succombe le 29 avril.

OBSERVATION CCCXII

Marie P..., 27 ans, couturière.

Induration évolutive des deux sommets.

Douleur dans les genoux sans gonflement, cédant au salophène au bout de quelques jours.

OBSERVATION CCCXIII

Gaston L..., 33 ans, boucher.

Tuberculose ulcéreuse aiguë alcoolique ayant débuté deux mois seulement avant son entrée à l'hôpital.

Vaste excavation à gauche.

Le malade n'a jamais eu de rhumatisme ni de douleurs dans les jointures.

Il succombe le 12 janvier 1909 un mois après son entrée à l'hôpital.

OBSERVATION CCCXIV

Eugénie C., 20 ans, ouvrière.

Tuberculose. Excavation. Pneumothorax.

Le 21 décembre 1908 douleur très vive à la pression et spontanée dans le mollet gauche, douleur qui a duré quatre jours ; la malade se plaint d'une douleur vive péri-articulaire au niveau de l'épaule droite.

24 décembre. — Les douleurs dans l'épaule et dans le mollet ont disparu avec le traitement gaïacolé.

Le sujet succombe le 7 janvier 1909.

OBSERVATION CCCXV

Jean B..., 19 ans, chasseur d'hôtel.

Entré le 28 janvier 1909. Mort le 15 avril suivant.

Tuberculose pulmonaire évolutive.

Douleur scapulaire, il y a deux ans, au début de la maladie.

OBSERVATION CCCXVI

Justin P..., 51 ans, manœuvre.
Entré le 2 février 1909. Mort le 21 février.
Tuberculose granulique évolutive.
N'a jamais eu de douleurs articulaires.

OBSERVATION CCCXVII

Granulie pulmonaire. — Quelques douleurs articulaires.

Antoinette X..., 16 ans, domestique.
Entrée le 12 février. Morte le 23 mars 1909.
La maladie a débuté un mois avant l'entrée à l'hôpital par de la toux et un affaiblissement général.
Sujet lymphatique aux lèvres colorées.
Température à l'entrée : 37° le matin, 39° le soir.
Signes d'induration des deux sommets. Submatité et souffle sous les deux clavicules, ainsi que dans les deux fosses sus-épineuses.

La malade a dans les mollets depuis un mois des douleurs qui l'empêchent de marcher. On constate du gonflement dans la gaine des extenseurs du poignet gauche.

16 février 1909. — Température : 38°8 le matin, 38°6 le soir.

Expiration soufflée aux deux sommets avec quelques craquements.

La malade se plaint de douleurs dans les genoux ; le genou gauche est tuméfié, il y a un léger épanchement, aucune trace de blennorrhagie.

25 février. — Température : 38°6 le matin et 39°8 le soir.
Pouls, 100 pulsations.

Mêmes signes aux sommets, sauf que les craquements sont plus nombreux et se propagent à gauche dans toute la hauteur. La malade se plaint toujours d'une douleur en dedans de la rotule droite.

1^{er} mars. — Température : 38°6 le matin et 39°4 le soir. Mêmes signes aux sommets.

4 mars. — Les crachats examinés au microscope montrent un groupe de trois bacilles avec beaucoup de streptocoques.

Sous la clavicule gauche, craquements limités ; en-dessous, respiration nette ; sous la clavicule droite, inspiration rude sans râles.

En arrière, respiration rude au sommet gauche, nette au-dessous et respiration soufflée au sommet droit.

La malade se plaint de douleurs dans le genou droit et ne peut étendre la jambe sans douleur ; il y a un peu de liquide dans l'articulation.

Le gonflement de la gaine des extenseurs du poignet gauche subsiste toujours.

13 mars. — Température : 39° le matin et 40°2 le soir. En avant et à droite, respiration rude ; à gauche, craquement sous la clavicule.

En arrière, il y a peu de signes.

21 mars. — La malade succombe à minuit dans un état de faiblesse extrême.

Autopsie. — On constate de la granulie pulmonaire généralisée ; les autres organes étant à peu près intacts.

OBSERVATION CCCXVIII

Mariette P..., 19 ans, couturière. Malade depuis janvier 1909.

En juin 1909, excavation double. Évolution tuberculeuse. Pas de rhumatisme.

OBSERVATION CCCXIX

Alfred X..., 46 ans, bonnetier.

Malade depuis cinq mois. A une induration du sommet droit à évolution torpide, avec fièvre dépassant légèrement 37° et avec des sueurs nocturnes. Ce malade est en traitement à l'hôpital en attendant son transfert au sanatorium.

Ne présente ni rhumatisme ni douleurs.

J'ai examiné encore quarante autres cas de tuberculose évolutive analogues à ceux qui font l'objet des vingt observations ci-dessus, en recherchant de la même façon le rhumatisme articulaire ou simplement des douleurs rhumatismales.

Quelques sujets n'ont jamais présenté aucune douleur ni articulaire, ni musculaire ; mais c'est un plus petit nombre. — Sur l'ensemble des soixante observations étudiées au présent chapitre il s'en trouve seulement douze sur soixante, ce qui fait une proportion de vingt pour cent.

D'autres — et c'est le plus grand nombre — ont présenté au cours de l'évolution de leur tuberculose des douleurs musculaires, siégeant surtout vers les pectoraux, les muscles de l'épaule ou les mollets.

Parmi eux certains se sont plaints de douleurs soi-disant articulaires. Ainsi dans les observations 309 et 311 les malades se plaignaient de douleurs dans l'une ou l'autre épaule. — A première vue et à un examen superficiel on pourrait croire qu'il s'agit de pseudo-rhumatismes infectieux, tuberculeux ; mais si l'on pousse plus loin l'investigation clinique, on remarque que la douleur est péri-articulaire, qu'elle est réveillée par la

pression sur les muscles et les ligaments péri-articulaires ; l'articulation elle-même ne présente ni rougeur, ni gonflement, ni même douleur à la mobilisation.

Ces douleurs péri-articulaires existent très souvent et il importe de les distinguer très soigneusement des douleurs articulaires proprement dites. — On peut évaluer leur fréquence à 46 o/o environ des cas examinés.

Quant aux douleurs articulaires proprement dites elles n'ont été trouvées que trois fois dans les soixante observations de tuberculose évolutive envisagées (observations n^{os} 302, 312 et 317), ce qui ne représente qu'une proportion de 5 o/o.

A la vérité, il eût été extraordinaire que l'on trouvât chez les tuberculeux évolutifs des douleurs dans tous les tissus et tous les organes, muscles, nerfs, etc., et que les articulations eussent échappé complètement à l'action de l'imprégnation tuberculeuse. Mais on doit remarquer combien la proportion des douleurs articulaires est faible (5 o/o) par rapport aux autres manifestations douloureuses. Et l'on doit observer surtout que ces douleurs bien qu'elles aient l'allure d'un pseudo-rhumatisme infectieux, n'affectent pas, comme le prétend M. le professeur Poncet, toutes les formes du rhumatisme articulaire soit aigu, soit subaigu, soit chronique.

Elles ne prennent le plus souvent et pendant un pendant un temps relativement court qu'un tout petit nombre d'articulations, une ou deux ; et elle n'ont pas le caractère erratique et ambulatoire de celles du rhumatisme articulaire, aigu ou subaigu. Elles n'ont pas non plus le caractère de celles du rhumatisme chronique puisqu'elle finissent par disparaître.

Ces douleurs articulaires ne sont en rien comparables à celles que décrit M. le Professeur Poncet, comme

étant celles du rhumatisme tuberculeux. Et il ne semble pas qu'on puisse affirmer que les quelques cas de pseudo-rhumatisme qu'elles constituent ont été provoqués par des toxines tuberculeuses.

En effet sur les trois cas de douleurs articulaires observés, deux observations (n^{os} 302 et 317) se rapportent à des tuberculoses avec associations microbiennes, puisque l'une (observation n^o 302) est une tuberculose ouverte et que l'autre (observation n^o 317) quoique non ouverte, a présenté à l'analyse bactériologique des crachats, des streptocoques et des staphylocoques. — Dès lors les toxines de ces microbes associés ou ces microbes eux-mêmes ont très bien pu produire à eux seuls du pseudo-rhumatisme infectieux sans qu'il soit nécessaire pour expliquer ce dernier de faire intervenir l'action hypothétique des toxines tuberculeuses.

Dans l'observation (n^o 317), la pathogénie des douleurs articulaires peut encore s'expliquer d'ailleurs d'une manière qui exclut toute idée de rhumatisme tuberculeux, à savoir que la granulie à laquelle a succombé la malade s'est portée non seulement sur le poumon mais aussi sur le genou droit. Et d'après les définitions de M. le Professeur Poncet lui-même, on se trouverait alors en présence d'une tuberculose articulaire et non pas d'un rhumatisme tuberculeux.

Le troisième cas de douleurs articulaires observé (observation n^o 312) se rapporte à une jeune femme présentant de l'induration évolutive des deux sommets et ayant eu des douleurs dans les genoux. Ces douleurs, légères d'ailleurs, ayant cédé rapidement au salophène, on est fondé à admettre qu'elles constituent un rhumatisme articulaire léger survenant à titre accidentel chez une tuberculeuse en évolution, plutôt qu'un rhumatisme tuberculeux provoqué par des toxines tuberculeuses.

En résumé, l'examen et la discussion des observations rapportées dans le présent chapitre montrent d'une part que les tuberculeux en évolution présentent souvent des douleurs multiples dans les muscles, les nerfs ou le tissu péri-articulaire, et d'autre part, en ce qui concerne les douleurs articulaires proprement dites :

1° Qu'elles sont très rares, puisque je les ai rencontrées seulement dans la proportion de 5 o/o sur l'ensemble des tuberculeux évolutifs examinés ;

2° Qu'elles présentent plutôt l'évolution d'un pseudo-rhumatisme infectieux que celle d'un rhumatisme articulaire aigu ou subaigu ;

3° Qu'enfin elles ne peuvent pas être rapportées plutôt à la tuberculose qu'à une autre infection microbienne.

CONCLUSIONS

I. — On peut trouver des signes de tuberculose pulmonaire guérie chez des malades atteints de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu. On trouve ces signes dans la même proportion chez les malades atteints d'autres affections.

II. — On trouve très rarement des tuberculoses *en voie d'évolution* ulcéreuse chez des sujets atteints de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu.

III. — Cette tuberculose ulcéreuse peut exister chez des sujets atteints de rhumatisme nouveau.

IV. — Il semble donc y avoir un certain antagonisme entre la tuberculose ulcéreuse évolutive et le rhumatisme articulaire aigu ou subaigu. Cet antagonisme ne paraît pas exister pour la granulie non ulcéreuse ; celle-ci peut se développer chez un sujet atteint de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, ou de cardiopathie évolutive d'origine rhumatismale.

VI. — Il n'y a pas de rapport entre le rhumatisme articulaire aigu ou subaigu et la tuberculose.

VII. — La clinique n'autorise pas à admettre un rhumatisme tuberculeux, toxique, inflammatoire, sans tubercule, il n'existe que des arthrites tuberculeuses.

Vu :

Nancy, le 30 juin 1909.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BERNHEIM.

Vu :

Nancy, le 30 juin 1909.

LE DOYEN DE LA FACULTÉ.
GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 2 juillet 1909.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
CH. ADAM.

Correspondant de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACCHIOTÉ. — Rhumatisme chronique et insuffisance thyroïdienne. *Revue de Neurologie*. Paris, mai 1907.
- ANDRIEU. — Le rhumatisme tuberculeux chez les enfants. Thèse de Lyon, 1903-1904.
- APARICI. — Le rhumatisme tuberculeux existe-t-il ? Etat de la question. Thèse de Bordeaux, 1907.
- ASTIER (Léon). — Rhumatisme tuberculeux. Kystes poplités d'origine tuberculeuse. Thèse de Lyon, 1903-1904.
- BERNHEIM. — Leçons de clinique médicale, 1877.
- BARBIER. — Sur les phénomènes extra-pulmonaires de la tuberculose à la période de germination. Rhumatisme tuberculeux chez l'enfant. *Bulletin médical*, 1903.
- BARJON. — La radiographie appliquée à l'étude des arthropathies déformantes. Du syndrome rhumatismal chronique déformant. Thèse de Lyon, 1897.
- BOURCY. — Rhumatisme infectieux. Thèse de Paris, 1883.
- BERNARD et SALOMON. — Recherches sur la tuberculose rénale. Etude expérimentale des lésions rénales provoquées par des poisons diffusibles du bacille tuberculeux. *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*. Paris, 1906.
- BRUN (DE). — Rhumatisme et érythème tuberculeux. *Journal des Praticiens*, 1902.

- BÉRARD et DESTOT. — Polyarthrite tuberculeuse déformante. Communication au Congrès de chirurgie. Paris, 1897.
- BEZANÇON. — Pseudo-rhumatisme tuberculeux. Tuberculose généralisée des séreuses. Société médicale des Hôpitaux de Paris, 24 octobre 1901 et 18 juin 1903.
- BÉRARD et MAILLAND. — Rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme infectieux d'origine bacillaire. Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 4 novembre 1900.
- BORREIL. — Rhumatisme tuberculeux abarticulaire Entérococolite d'origine tuberculeuse. Thèse de Lyon, 1902-1903.
- BOUCLIER. — Rhumatisme tuberculeux. Méninopathies inflammatoires et autres d'origine tuberculeuse. Thèse de Lyon, 1902-1903.
- BONNET. — Traité des maladies des articulations. Lyon, 1845.
- BOUVEYRON. — Rhumatisme tuberculeux chez des malades atteints de lupus et de tuberculides cutanées. Société de Médecine de Lyon, 1903.
- BOUILLY. — Comparaison des arthropathies rhumatismales scrofuleuses et syphilitiques. Thèse d'agrégation. Paris, 1878.
- BRAILLON et ETTINGER. — Endocardite tuberculeuse primitive. Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1904.
- BUREAU. — Du rhumatisme tuberculeux. Gazette médicale de Nantes, 1905.
- CHAIX. — Les tuberculoses latentes pulmonaires. Paris, 1904.
- CHAMPELLAND. — Rhumatisme tuberculeux. De la fréquence des cardiopathies dans les tuberculoses médicales et dans les tuberculoses chirurgicales. Lyon, Thèse, 1903.
- COUDRAY (Paul). — Polyarthrites tuberculeuses aiguës et chronique. Rhumatisme tuberculeux de Poncet. XVI^e Congrès de Chirurgie. Paris, 1903.
- CUBERTAION. — Les arthrites tuberculeuses à forme rhumatismale. Thèse de Paris, 1903.
- CASTAIGNE. — Récentes recherches sur la tuberculose des séreuses. Revue de la Tuberculose, 1900.
- DESTOT. — Caractères radiographiques comparés de la goutte

- du rhumatisme chronique et de la tuberculose. Lyon médical, 1897.
- DEZ. — Rhumatisme musculaire tuberculeux. Thèse de Lyon, 1905.
- DIEULAFOY et GRIFFON. — Pseudô-rhumatisme tuberculeux primitif. Société médicale des Hôpitaux de Paris, 18 juin 1903.
- DREVET. — De la Polyarthrite tuberculeuse déformante. Thèse de Lyon, 1897.
- DUC. — Rhumatisme tuberculeux. Hydrocèle essentielle primitive d'origine tuberculeuse. Thèse de Lyon, 1903.
- EGMANN. — Rhumatisme articulaire aigu tuberculeux. Thèse de Lyon, 1901.
- GAILLARD. — Pseudo-rhumatisme infectieux d'origine tuberculeuse. Société médicale des hôpitaux de Paris, 1901.
- GAILLARD. — Polyarthrites aiguës tuberculeuses à allures cliniques rhumatismales. Thèse de Paris, 1902.
- GAUTHIER (P.). — Rhumatisme tuberculeux primitif, avril 1905.
- GÉNIAUX. — Nouvelles recherches cliniques et expérimentales sur le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux ou chez les tuberculeux, Lyon, 1903.
- GRIGOROVITCH. — Manifestations rhumatismales chez les tuberculeux. Thèse de Montpellier, 1907.
- HAUSHALTER. — Persistance de la virulence du bacille dans un tubercule crétacé. Revue médicale de l'Est, 1891.
- HIRTZ. — Les réactions de défense de l'organisme contre la tuberculose pulmonaire chronique. Gazette des Hôpitaux, 1908.
- HOBBS. — Presse médicale, 1902.
- LANCERAUX et PAULESCO. — La médication thyroïdienne dans le traitement des affections rhumatismales et en particulier de l'artériosclérose. Académie de Médecine, janvier 1899.
- LANNELONGUE. — Complications articulaires chez un lupique traité par la lymphe de Koch. Bulletin médical, 1890.
- LAVERAN. — Tuberculose aiguë des synoviales. Progrès médical, 1876.

- LEVET. — Arthrite ankylosante d'origine tuberculeuse. Thèse de Lyon, 1903.
- LÉOPOLD LÉVI et HENRI DE ROTSCCHILD. — Rhumatisme chronique thyroïdien. Bulletin et Mémoire de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 16 avril 1908.
- LÉOPOLD LÉVI et HENRI DE ROTSCCHILD. — A propos du rhumatisme chronique thyroïdien, tuberculeux. Bulletin et mémoire de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1908.
- LIONNET. — Les arthropathies rhumatismales au cours de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. Rhumatisme tuberculeux. Paris, Thèse 1904.
- MAILLAND. — Rhumatisme tuberculeux. Presse médicale, 1901.
- MAILLAND. — Rhumatisme tuberculeux primitif. Gazette des Hôpitaux, juillet 1903.
- MANGENOT (Henri). — Quelle était la maladie du conventionnel Couthon. Lyon 1905.
- MARNATA. — Complications oculaires, auriculaires, périviscérales du rhumatisme tuberculeux ankylosant à forme spondylo rhizomélique. Thèse de Lyon, 1905.
- MARTIN. — Pied plat valgus d'origine tuberculeuse. Thèse de Lyon, 1905.
- MARTIN (Paul). — Des ostéo-arthrites tuberculeuses consécutives à des manifestations articulaires rhumatismales. Thèse de Lyon, 1905.
- MAUCLAIRE. — Arthrites tuberculeuses d'allures rhumatismales ou rhumatoïdes. Bulletin médical, 17 juin 1901.
- MAUJOT (André). — Rhumatisme tuberculeux, granulie articulaire primitive à forme rhumatismale. Thèse de Lyon, 1904.
- MAZOT. — De la fréquence du rhumatisme articulaire tuberculeux primitif. Thèse de Lyon, 1905.
- MÉNARD (Pierre). — Origine thyroïdienne du rhumatisme chronique progressif et déformant. Thèse, Paris, 1908.
- MERSON. — Du rhumatisme tuberculeux observé récemment dans les sanatoria de Leysin. Thèse de Lyon, 1903.

- MINEL. — Tuberculose inflammatoire de l'endocarde. Thèse de Lyon, 1905.
- MOLIMAR. — Tuberculose inflammatoire. — Tarsalgie des adultes. — Pied douloureux plat, valgus ou non, d'origine tuberculeuse. Thèse de Lyon, 1905.
- DE MOUXY. — Le rhumatisme tuberculeux au sanatorium d'Hauterive. Thèse de Lyon, 1905.
- PATEL. — Le rhumatisme tuberculeux. Revue de chirurgie, décembre 1901.
- PATEL. — Polyarthrites bacillaires déformantes au début. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 2 janvier 1902.
- PATEL. — Rhumatisme tuberculeux chez l'enfant. Gazette des hôpitaux, 8 avril 1902.
- PATEL et LERICHE. — Rhumatisme articulaire tuberculeux. Revue d'orthopédie, Paris, 1906.
- PARTHON et PAPINIAN. — Pathogénie et traitement du rhumatisme articulaire. Presse médicale, 4 janvier 1905.
- PÉCHINÉ. — Rhumatisme tuberculeux primitif. Thèse de Lyon, 1903.
- PERDRIZET. — Rétraction de l'aponévrose palmaire d'origine tuberculeuse. — Tuberculose inflammatoire. — Rhumatisme tuberculeux abarticulaire. Thèse de Lyon, 1905.
- PONCET. — De la polyarthrite tuberculeuse déformante ou pseudo-rhumatisme tuberculeux. Congrès français de chirurgie, 1897.
- PONCET. — Du rhumatisme tuberculeux. Société de médecine de Lyon, 1900.
- PONCET. — Rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire. Académie de médecine, 1901.
- PONCET. — Rhumatisme tuberculeux abarticulaire; localisations viscérales et autres du rhumatisme tuberculeux. Académie de médecine, 1902.
- PONCET. — Tuberculose septicémique, spécifique, rhumatismale. Archives de chirurgie, 1903.
- PONCET. — Rhumatisme tuberculeux. — Polyarthrites et

- synovites tendineuses aiguës d'origine bacillaire. Gazette des hôpitaux, 29 janvier 1903.
- PONCET. — Rhumatisme tuberculeux polyarticulaire aigu. Gazette des hôpitaux, décembre 1904.
- PONCET. — Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1904-1905.
- PONCET. — Spina Ventosa ancien. — Rhumatisme tuberculeux chronique des autres doigts. Lyon médical, 1905.
- PONCET et LERICHE. — Tuberculose inflammatoire. — Les localisations multiples. Bulletin de l'Académie de médecine, 1905.
- PONCET. — Sur le rhumatisme tuberculeux. Lyon médical, 1906.
- PONCET. — Anatomie pathologique du rhumatisme tuberculeux, tuberculose inflammatoire et ses localisations ostéo-articulaires. Bulletin de l'Académie de médecine de Paris, 1906.
- PONCET. — Gazette des hôpitaux, 21 septembre 1908.
- PONCET. — Rhumatisme articulaire tuberculeux. Société médicale des hôpitaux, 28 mai 1908.
- PONCET. — A propos du rhumatisme chronique. Société médicale des hôpitaux, 1908.
- PONS. — Erythème noueux d'origine tuberculeuse. — Tuberculose inflammatoire. Rhumatisme articulaire tuberculeux. Thèse de Lyon, 1906.
- POULY. — Rapport de la tuberculose avec le rhumatisme déformant. Thèse de Lyon, 1902.
- RAYNAUD. — Pseudo-rhumatisme infectieux et rhumatisme tuberculeux. Paris, Thèse, 1903-1904.
- ROMME et BOMBE DE VILLIERS. — Communication dans Lyon médical, 1905.
- SERGENT. — Rhumatisme chronique et insuffisance thyroïdienne. Bulletin et Mémoire de la Société médicale des hôpitaux de Paris. Paris, 1908.
- SERGENT et MÉNARD. — Le rhumatisme chronique progressif et déformant par insuffisance thyroïdienne. — Presse médicale. Paris, 1908.

- SOUQUES. — Rhumatisme chronique avec autopsie, ses rapports avec la tuberculose. Bulletin et Mémoire de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1908.
- SOUQUES. — Rhumatisme chronique avec autopsie. Les rapports avec la tuberculose. Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1908.
- SOUQUES. — Rhumatisme chronique suivi d'autopsie. Soc. Méd. des Hôp., juillet 1908.
- SOUQUES. — Rhumatisme chronique, glande thyroïde et opothérapie thyroïdienne. Société médicale des Hôpitaux, juillet 1908.
- THÉVENOT. — Rhumatisme tuberculeux familial. Médecine moderne, 1902.
- THÉVENOT. — Rhumatisme tuberculeux ankylosant à forme spondylo-rhizomélique. Revue d'orthopédie. Paris, 1906.
- TOMPOFOBSKY. — Essai sur le rhumatisme tuberculeux. Thèse de Montpellier, 1902-1903.
- TRÉBENEAU. — Fréquence du rhumatisme tuberculeux dans les tuberculoses viscérales et locales. Thèse de Lyon, 1901-1902.
- VALENTIN. — Rhumatisme tuberculeux. Fréquence du rhumatisme tuberculeux chronique déformant chez les vieillards atteints de tuberculose pulmonaire. Thèse de Lyon, 1906.
- VERDEAU. — Rhumatisme tuberculeux. Cardiopathies inflammatoires d'origine tuberculeuse. Thèse de Lyon, 1903.
- VERHOOGEN. — Le rhumatisme tuberculeux n'existe pas. Journal de la Polyclinique de Bruxelles, 1905.
- VERHOOGEN. — Les formes cliniques du rhumatisme chronique. Congrès français de Médecine. Liège, 1905.
- VIBERT. — Statistique sur la fréquence de la tuberculose pulmonaire et de sa guérison d'après les autopsies faites à la morgue. Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose. Verneuil, tome I.
- ZEMB. — Morbus coxæ senilis d'origine tuberculeuse. Thèse de Lyon, 1905.
-

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique	11
CHAPITRE II. — Etude des rhumatisants. — Coexistence fréquente de la tuberculose guérie et du rhumatisme. — Cette coexistence prouve-t-elle que le rhumatisme concomitant soit tuberculeux ?	16
CHAPITRE III. — Tuberculose ancienne non évolutive, trouvées chez des malades entrés pour maladies diverses, rhumatisme et tuberculose exceptés. — Réponse à l'argument de fréquence.	56
CHAPITRE IV. — Manifestations rhumatismales trouvées chez les tuberculeux en évolution. — Leur rareté. — Dépendent-elles de l'infection tuberculeuse ?	71
CONCLUSIONS	84
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	86

